



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان قزوین
دانشکده شهید بابایی

پایان نامه

جهت اخذ درجه دکتری پزشکی عمومی

عنوان:

بررسی فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار اختلالات
روانپزشکی (افسردگی ماژور، بای پلار، اضطراب)

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر یزدی

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر صائمی

نگارش:

محسن منصوری

شماره: ثبت ۱۱۲۳

سال تحصیلی: ۹۲-۹۳

شماره ثبت:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صدها فرشته بوسه بر آن دست می‌زند کز کار خلق یک گره بسته وا کند

سپاس مخصوص خداوند مهربان که به انسان توانایی و دانایی بخشید تا به بندگان
شفقت ورزد، مهربانی کند و در حل مشکلاتشان یاریشان نماید؛ از راحت خویش بگذرد و
آسایش هم‌نوعان را مقدم دارد.

این پایان‌نامه را تقدیم می‌نمایم به :

وجود مقدس پدر عزیزم و مهربان مادرم، آنان که ناتوان شدند تا من به توانایی برسم، مو
سپید کردند تا من روسفید شوم و قامتشان خمیده شد تا من سربلند بمانم و چراغ
وجودشان روشنگر راه من در سختی‌ها و مشکلات بوده است.

تقدیم به آغاز فصل سبز زندگی‌ام، به پایان تمام جستجوهایم و به او که تا هستم و هست
دارمش دوست؛ همسر عزیزم، رفیق راهم که سایه مهربانیش سایه‌سار زندگی‌ام می‌باشد؛
او که اسوه صبر و تحمل بوده و مشکلات مسیر را برایم تسهیل نمود.

تقدیم به دل‌بندم

که کودکی گمشده‌ام را در چهره معصومش پیدا کردم؛ آسایش او آرامش من است.

تقدیم به خانواده همسرم

مادر و برادر عزیز؛ به پاس تمام محبت‌های بی‌دریغشان که هرگز فروکش نکرد و همواره
در طول تحصیل متحمل زحماتم بودند و تکیه‌گاهی در مواجهه با مشکلات؛ که وجودشان
مایه دلگرمی است.

و با تشکر از استاد عزیز و گرانمایه سرکار خانم دکتر یزدی که با راهنمایی‌هایشان مرا
در به پایان رساندن این مهم یاری نمودند.

چکیده

مقدمه: خواب یکی از مهم‌ترین چرخه‌های شبانه‌روزی و یک الگوی پیچیده زیست‌شناختی است. به عنوان یک متغیر سلامت، خواب یکی از نیازهای اصلی انسان است که بر روی کیفیت زندگی و سلامت فیزیکی و ذهنی افراد بسیار تأثیرگذار است. به عنوان یک زیرگروه، بیماران دچار اختلالات روانپزشکی اکثراً دچار اختلالات خواب هستند. کم بودن اطلاعات در مورد عقاید غلط و ناکارآمد و تأثیر آن بر کیفیت و الگوی خواب در این بیماران نشان‌دهنده آن است که اکثراً بیماران روانپزشکی در مورد طب خواب آموزشی نمی‌بینند و در مورد عقاید غلط و ناکارآمد آنان در مورد خواب و تأثیر آن بر کیفیت و الگوی خواب اطلاعات زیادی در دست نیست و فقدان این اطلاعات باعث شده تا توجه کمتری به این مقوله شود.

هدف: از انجام این مطالعه تعیین فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار اختلالات روانپزشکی (افسردگی ماژور، بای‌پلار، اضطراب).

روش انجام کار: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۱۵۰ نفر از بیماران با اختلال روانپزشکی که به بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین مراجعه کرده بودند، انجام شد. این افراد شامل سه گروه ۵۰ نفری از بیماری‌های اضطراب، افسردگی و بای‌پلار بودند و همه این افراد پرسشنامه اطلاعات دموگرامیک و DBAS16 در مورد عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب و Insomnia Severity- Index را پر کردند و داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج : عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب در بین بیماران روانپزشکی فراوانی بالایی داشته و میانگین فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب در گروه بای پلار ۶/۴۴، در گروه اضطراب ۴۴/۴۲ و در گروه افسردگی مازور ۴۲/۸ می باشد. این عقاید غلط درباره خواب تأثیر مستقیمی بر الگو و کیفیت خواب بیماران دارد. (گروه اضطراب $P\text{-value}=0/03$ گروه افسردگی $P\text{-value}=0/06$ و گروه بای پلار $P\text{-value}=0/03$ داشت).

بحث و نتیجه گیری:

باتوجه به نتایج این مطالعه و شیوع بالای کیفیت خواب پایین در بیماران روانپزشکی و نظر به این که فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب نقش مهمی در اختلالات خواب این بیماران دارد، لازم است تا با رفتاردرمانی های مناسب در آموزش طب خواب تا حد ممکن این عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب را اصلاح کرده و جهت بهبود خواب این بیماران اقدام نمود.

کلمات کلیدی : فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب، کیفیت خواب،

بیماران روانپزشکی

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه	۱
فصل دوم : بررسی متون.....	۵۳
اهداف	۵۸
فصل سوم: مواد و روش ها	۵۹
فصل چهارم: نتایج و یافته ها	۶۳
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	۸۶
فصل ششم: فهرست منابع	۹۰
پیوست	۹۸

فهرست جداول

- جدول شماره ۱: توزیع جنسیت افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۴
- جدول شماره ۲: توزیع انتقال افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۵
- جدول شماره ۳: توزیع تأهل افراد شرکت کننده در مطالعه ۶۵
- جدول شماره ۴: نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۶ DBAS در همه افراد مورد مطالعه ۶۸
- جدول شماره ۵: نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۲ در همه افراد مورد مطالعه (Insomnia Severity- Index) ۶۹
- جدول شماره ۶: مقایسه نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۶ در گروه‌های مختلف ۷۰
- جدول شماره ۷: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۱ در گروه‌های هدف (سؤال: معمولاً چند ساعت هر شب می‌خوابید؟) (..... ساعت) ۷۲
- جدول شماره ۸: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۲ در گروه‌های هدف (سؤال: معمولاً چقدر طول می‌کشد که به خواب بروید؟) (..... دقیقه) ۷۳
- جدول شماره ۹: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۳ در گروه‌های هدف (سؤال: مدت زمان بیداری در طی شب چقدر است؟) (..... دقیقه) ۷۴
- جدول شماره ۱۰: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۴ در گروه‌های هدف (سؤال: عادت معمول خوابتان چگونه است؟) ۷۵
- جدول شماره ۱۱: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۵ در گروه‌های هدف (سؤال: معمولاً چگونه به خواب می‌روید؟) ۷۶
- جدول شماره ۱۲: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۶ در گروه‌های هدف (سؤال: در طی ماه گذشته کیفیت خوابتان را درجه‌بندی کنید؟) ۷۷

جدول شماره ۱۳: مقایسه پاسخ به سؤال SS _۷ در گروه‌های هدف (سؤال: آیا مشکل در شروع خواب دارید؟).....	۷۸
جدول شماره ۱۴: مقایسه پاسخ به سؤال SS _۸ در گروه‌های هدف (سؤال آیا طی شب مکرراً بیدار می‌شود؟).....	۷۹
جدول شماره ۱۵ : مقایسه پاسخ به سؤال SS _۹ در گروه‌های هدف (سؤال: آیا صبح زودتر از تمایلتان از خواب بیدار می‌شوید؟).....	۸۰
جدول شماره ۱۶ : مقایسه پاسخ به سؤال SS _{۱۰} در گروه‌های هدف (سؤال: از الگوی اخیر خواب خود تا چه حد راضی/ ناراضی هستید؟).....	۸۱
جدول شماره ۱۷ : مقایسه پاسخ به سؤال SS _{۱۱} در گروه‌های هدف (سؤال : فکر می‌کنید مشکل اخیر خواب شما در زمینه آسیب به کیفیت زندگی شما تا چه حدی برای دیگران قابل توجه است؟).....	۸۲
جدول شماره ۱۸ : مقایسه پاسخ به سؤال SS _{۱۲} در گروه‌های هدف (سؤال: تا چه حد نسبت به مشکل اخیر خواب خود ناراحت و پریشان هستید؟).....	۸۳
جدول شماره ۱۹ : همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به خواب در افراد با اختلال اضطراب.....	۸۴
جدول شماره ۲۰ : همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به خواب در افراد با افسردگی.....	۸۵
جدول شماره ۲۱ : همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به خواب در افراد بای‌پلار.....	۸۶
جدول شماره ۲۲ : مقایسه معیارهای DBAS-16 در گروه‌های مختلف.....	۸۷

فصل اول

مقدمه

مقدمه

خواب یکی از مهم‌ترین چرخه‌های شبانه‌روزی و یک الگوی پیچیده زیست‌شناختی است.

(۱). خواب یک فرایند طبیعی است که با کاهش یا غیاب هشیاری، کاهش نسبی فعالیت حسی

و غیرفعال شدن تقریباً تمام عضلات ارادی مشخص می‌شود (۲). خواب یک فرآیند آنابولیک

است که رشد، جوان‌سازی سیستم ایمنی، عصبی، اسکلتی و عضلانی را ممکن می‌سازد.

خواب در تمام پستانداران، تمام پرندگان و بسیاری خزندگان، دوزیستان و ماهی‌ها دیده

شده است. هدف و مکانیسم‌های خواب تنها کمی مشخص شده‌اند. بیشتر به نظر می‌رسد که

خواب باعث ذخیره انرژی می‌شود اما متابولیسم را تنها ۱۰-۵٪ کاهش می‌دهد (۳).

چرخه خواب و بیداری یکی از چرخه‌های بیولوژیک است که توسط عملکرد فیزیولوژیک،

در روشنایی و تاریکی، برنامه‌های کاری و سایر فعالیت‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد و

ساعت بیولوژیک انسان نقش مهمی را در این چرخه بازی می‌کند (۴). خواب یک فرآیند پویا

و فعال است و شامل تغییرات فیزیولوژیکی در ارگان‌های بدن است و هر انسان طبیعی

حدود $\frac{1}{3}$ عمر خود را در خواب به سر می‌برد (۵). تأثیر خواب بر جسم و روان انسان

بسیار مهم است و تغییرات خواب از پیش آگهی‌های مهم در زمینه ابتلا به بیماری‌ها

محسوب می‌شود (۵).

تحقیقات نشان داده است که محرومیت از خواب باعث کاهش عملکرد سیستم ایمنی،

هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال و به دنبال آن، کاهش تحمل گلوکز، افزایش فشارخون و

افزایش خطر حوادث قلبی و عروقی به طور غیروابسته، کاهش توانایی حداکثری سطح

فعالیت افراد و همچنین استعداد فردی و قدرت غیرهوازی افراد می‌گردد (۶). کمبود خواب می‌تواند احتمال خواب آلودگی در طی روز و به دنبال آن حوادث شغلی و اجتماعی را افزایش بخشد. همچنین زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش ارتباطات اجتماعی در افرادی که دچار محرومیت از خواب هستند، نسبت به سایر افراد به طور قابل توجهی بالاتر است (۷). زمان مناسب خواب و اثرات منفی بیداری در شب و خوابیدن در روز عصبانیت و ناراحتی‌های غیرارادی و بدون علت صبحگاهی که حالت شدید آن (ملانکولی) یا همان مالیخولیا (افسردگی درون زاد) صبحگاهی، در اثر تغییرات و کم و زیاد شدن مواد شیمیایی است (۸).

قبلاً تصور این بود که خواب ساز و کار غیرفعالی است که صرفاً در اثر خسته شدن نورون‌های مغز رخ می‌دهد، ولی تحقیقات نشان داده‌اند، یک سلسله نورون در مغز (پل مغزی و بصل النخاع) وجود دارند که با مهار کردن نورون‌های دیگری در مغز، باعث به وجود آمدن خواب می‌شوند. بنابراین روند خواب در اثر یک مهار فعال به وجود می‌آید (۹). در بیداری گروه مشخصی از نورون‌ها فعال هستند، کم‌کم این نورون‌ها خسته می‌شوند و در عوض نورون‌هایی که مسئول ایجاد خواب هستند فعال می‌شوند (۱۰). پس از خوابی طولانی، این نورون‌ها خسته می‌شوند و نورون‌های محرک بیداری می‌توانند فعالیت خود را آغاز کنند و همین طور این سیکل ادامه دارد (۱۰). علی‌رغم پیشرفت‌های تکنیکی که در برداشت و فهم ما از خواب و رویا صورت گرفته است هنوز هم مسائل زیادی خصوصاً در رابطه با خواب REM وجود دارد (۱۱).

با استفاده از فناوری‌های جدید پلی‌گرافیک در زمان خواب بخشی از پدیده‌های زمان خواب از قبیل وقفه تنفس نسبت به گذشته مشخص‌تر شده است (۱۱).

در آزمایشگاه‌های جدید خواب با به کارگیری پلی‌سومنوگرافی شبانه و روزانه متخصصین خواب به ارزیابی بالینی مبتلایان به اختلالات خواب می‌پردازند. درواقع طب خواب در مراکز خواب مورد بررسی مجدد قرار می‌گیرد. بیماران این مراکز از سایر رشته‌های پزشکی معرفی شده‌اند که تحت بررسی‌های ویژه تخصصی قرار می‌گیرند. بزرگترین مراجعه‌کنندگان این مراکز را کسانی تشکیل می‌دهند که در خواب خرناس می‌کشند یا مشکوک به آپنه خواب هستند. همچنین بی‌خوابی، خواب‌آلودگی بیش از حد، نابهنجاری‌های خواب (پاراسومنیا) و اختلالات تشنجی زمان خواب و بررسی ناتوانایی‌های جنسی از جمله دیگر موارد است. طب خواب کودکان نیز یک بخش خیلی اختصاصی است (۱۲). اهمیت طب خواب و مراکز خواب بیشتر زمانی روشن می‌شود که بپذیریم اختلالات خواب مخصوصاً در اشکال مزمن خود با عث تیره ورزی و کاهش فعالیت روزمره افراد می‌شود. کسانی که پر خوابی روزانه دارند در عملکرد اجتماعی خود ضعیف و توان یادگیری آن‌ها به حداقل می‌رسد و به طور غیرمستقیم مرگ و میر و ناخوشی‌های فراوانی در جریان اختلالات خواب عارض می‌شود. مثلاً آپنه خواب می‌تواند یک فاکتور خطر برای بیماری‌های عروق کرونر مطرح شود. درصد بالایی از تصادفات رانندگی در بزرگراه‌ها و یا حوادث زمان کار به علت خواب‌آلودگی و یا از دست رفتن دقت و مهارت ناشی از اختلالات آشکار و پنهان خواب است. همچنین برخی رفتارهای تهاجمی شدید و خشونت بار و اختلالات رفتاری

معلول پاراسومنیا است. بنابراین کاهش تولید، افت اطلاعات یا تضعیف بهداشت روانی فردی و اجتماعی و افزایش بیماری‌ها و حتی مرگ و میر در نتیجه مشکلات خواب یا بهداشت نامناسب و ضعیف آن است؛ لذا ضرورت ارزیابی و بازنگری و توسعه طب خواب مطرح می‌شود (۱۳).

در آینده طب خواب دیگر محدود و متوقف در دیسومنیا، پاراسومنیا و اختلالات همراه نخواهد شد، بلکه نقطه نظرات بیشتر حول محور مراکز خواب و متخصصین مربوط به این رشته دور خواهد زد تا بتواند جلوی حوادث مرتبط با خواب را بگیرند. در برخی مطالعات خواب آلودگی زمینه ساز تصادفات شهری و برون شهری فراوان بوده است، از سوی دیگر بی‌خوابی و محرومیت از خواب و نوبت‌های کاری در محیط‌های کارگری همه و همه نیاز به توجه بیشتر به بهداشت خواب را مطرح می‌سازد (۱۴).

در اعماق مغز انسان و در میان گروه کوچکی از سلول‌هایی که به غدد صنوبری (غده‌ی پینه‌آل) معروفند، ساعت دقیقی قرار دارد که به طور خودکار ساعت زیستی یا دستگاه سیرکادین انسان را تنظیم می‌کند. این ساعت زیستی دارای حرکت سرشتی بوده و در برابر تغییرات ناگهانی در برنامه عادی و روزمره خود، مقاومت نشان می‌دهد. وظیفه‌ی ساعت زیستی، آماده نمودن مغز و بدن برای خواب یا بیداری فعال در ساعات معین و مشخصی از روز است (۱۵). ساعت زیستی به تناسب زمان، درجه‌ی حرارت بدن، تعداد ضربان قلب و فشارخون را کاهش داده، ترشح هورمون‌هایی مانند کورتیزول را که باعث بیداری و فعالیت می‌شوند، متوقف نموده و ترشح هورمون‌هایی مانند ملاتونین را که به احساس خواب کمک

می‌کند، افزایش می‌دهد و به این ترتیب جسم انسان را برای خواب آماده می‌سازد. ساعت زیستی همچنین با توقف یا کند نمودن فعالیت دستگاه گوارشی و کلیه‌ها و جلوگیری از احساس گرسنگی باعث می‌شود فرد بتواند برای مدت طولانی در خواب بسر برد. از زمان شناسایی هورمون ملاتونین در سال ۱۹۵۸ تا به حال مطالعات نشان داده است که ملاتونین، هورمون‌های دیگری را در بدن تنظیم می‌کند (۱۶). آزاد شدن ملاتونین در اثر تاریکی، تحریک و در اثر نور، سرکوب می‌شود، بنابراین به تنظیم چرخه‌ی خواب و بیداری کمک می‌کند. همان طوری که سن افزایش می‌یابد، میزان این هورمون در خون کمتر می‌شود. بدین معنی که افراد مسن زودتر به خواب رفته و زودتر هم بیدار می‌شوند. این هورمون در تمام موجودات از جلبک گرفته تا انسان‌ها یافت می‌گردد و مقدار آن در سیکل روزانه، متغیر می‌باشد (۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که هورمون ملاتونین در پیشگیری و درمان بعضی از سرطان‌ها مانند سرطان پستان و پروستات، مؤثر و مفید است (۱۸). در ریتم فعالیت حیاتی تمام موجودات زنده تناوبی مشاهده می‌گردد. این مسئله نه تنها در حیوانات بلکه در گیاهان نیز دیده می‌شوند. در انسان به دلیل تکامل عالی نیمکره‌های مغز و دستگاه عصبی کاملاً منظم، این تناوب فعالیت‌های بیولوژیک خصوصاً در مورد خواب و بیداری بسیار برجسته است (۱۹). تغییرات حرفه‌ای بیداری و خواب توسط مکانیسم‌های نورونال در ساقه مغز، هیپوتالاموس، مغز قدامی و همچنین به وسیله هسته‌های تقویت کننده در تالاموس و انتهای آن‌ها در قشر مغز کنترل می‌شود. خواب به دو حالت مجزای خواب بدون حرکت سریع چشم non REM و خواب با حرکت سریع چشم REM تقسیم

می‌شود که هر یک دارای مشخصات آناتومی، الکتروفیزیولوژی و رفتاری ویژه‌ای است (۲۰). انسان هنگام بیداری به آنچه که در محیط و اطراف خود اتفاق می‌افتد، آگاه بوده و نسبت به آن عکس‌العمل نشان می‌دهد. چشم در حال بیداری کوچکترین تغییرات را تعقیب می‌نماید. گوش ضعیف‌ترین صداها را می‌شود، بدن کمترین تماس را حس می‌کند و جزئی‌ترین تغییرات درجه حرارت را تشخیص می‌دهد. انسان به کمک حس عمقی - شعوری، وضعیتی را که قسمت‌های مختلف بدن باید در فضا به خود بگیرد مشخص می‌سازد، همچنین نسبت به تغییراتی که در محیط اتفاق می‌افتد، رابطه ناگسستگی داشته و انعکاساتی از خود نشان می‌دهد (۲۱). هنگام بیداری، حتی اگر هیچگونه فعالیتی در بدن مشاهده نگردد، دستگاه عصبی مرکزی همیشه در فعالیت است. کسانی که به خواب می‌روند از محیط آگاهی ندارند و نسبت به تحریکات داخلی و خارجی بی‌تفاوت می‌شوند. البته خواب با اغما تفاوت اساسی دارد. شخصی که به خواب رفته به راحتی با تحریکات بیدار شده و واکنش‌های لازم از او سر می‌زند در حالی که بیمار مبتلا به اغما، فاقد این خصوصیت است (۲۲).

نورون‌هایی که مسئول تأمین بیداری هستند، در سیستمی به نام تشکیلات مشبک در ساقه مغز قرار گرفته‌اند، تشکیلات مشبک ساقه مغز شامل قسمت قدامی بصل‌النخاع، مرکز پونز و مغز میانی می‌شود. همچنین تشکیلات مشبک ساقه مغز با خلف هیپوتالاموس و مغز قدامی در ارتباط است (۲۳). بیداری با فعالیت تونیک در سیستم فعال‌کننده مشبک (RAS) ادامه می‌یابد. این سیستم با واسطه کولترال‌های خود همواره در حال دریافت درون‌داده‌های حسی است. مهمترین تحریکات قدرتمندی که به آن می‌رسد تحریکات شنوایی و حسی

دردناک است. از طریق تشکیلات مشبک ساقه مغز (RAS) تا سیستم غیراختصاصی تالاموس کشیده شده است و از آنجا با کورتکس مغز قدامی ارتباط می‌یابد (۲۴). تظاهر الکتروفیزیولوژیک بیداری به صورت فعالیت الکتریکی کورتیکال در نوار مغز EEG قابل ثبت است. این فعالیت غیر همزمان ریتم‌های EEG مشابه فعالیت خواب REM است. هم بیداری و هم خواب REM با واسطه شبکه‌های نورونی که دریافت کننده اطلاعات آوران هستند، فعال می‌شوند. در بیداری تحریکات آوران از محیط بیرون آمده در حالی که در خواب REM درون‌داده‌های آوران در داخل خود سیستم عصبی به وجود می‌آید. یک حالت همپوشانی بین سیستم عصبی خودکار و سیستم‌های ایجادکننده بیداری وجود دارد (۲۵). تحریکات خلفی هیپوتالاموس و تشکیلات مشبک مغز میانی می‌تواند فعالیت سمپاتیک را به صورت افزایش فشارخون و ضربان قلب تقلید کند. همچنین باعث گشاد شدن مردمک‌ها و نشانه‌های EEG بیداری شود. نورون‌ها حاوی کاتکولامین و استیل کولین قادرند به صورت فعالی، نورون‌های کورتیکال و ساب کورتیکال را در زمان بیداری فعال نگهدارند. تشدید حالت بیداری همچنین توسط نورون‌های حاوی هیستامین هیپوتالاموس خلفی و نیز توسط سایر نورون‌های حاوی مزوپپتیدهای معین (جسم p و فاکتور رهاکننده کورتیکو تروپین یا CRF و همچنین فاکتور رهاکننده تیروتروپین) صورت می‌گیرد. نورون‌های حاوی گلوتامات که در ساقه مغز، تالاموس و کورتکس قرار گرفته‌اند از جمله نورون‌های تحریکی بوده و می‌توانند منشأ بیماری باشند. مواد شیمیایی که از مایع مغزی نخاعی (CSF) استخراج می‌شوند از قبیل ماده TRE، CRE، P، پپتید، وازوکتینو روده‌ای یا VIP

تسهیل‌کننده بیداری می‌باشند. مواد شیمیایی موجود در خون از قبیل اپی نفرین، هیستامین و کورتیکوئیدها با بیداری رابطه نزدیک دارند (۲۶). در گذشته خواب را یک حالت منحصراً غیرفعال می‌پنداشتند که از لحاظ فیزیولوژی در نتیجه توقف اطلاعات آوران در سیستم فعال‌کننده مشبک صاعد (ARAS) به وجود می‌آید. در مقابل حالت بیماری را ناشی از تشدید فعالیت این سیستم می‌پنداشتند. پیشرفت‌های اخیر نشان دهنده این مطلب است که خواب یک فرآیند کاملاً فعال بوده و در آن ساختمان‌های پیچیده نورونی که مسئول پیدایش خواب هستند دخالت دارد. در این ساختمان‌ها واسطه‌های بیوشیمیایی نقش زیادی اعمال می‌کند.

خواب یک پدیده واحد نبوده بلکه ترکیبی از حالت‌های متوالی می‌باشد که متکی به مکانیسم‌های فعال متفاوت بوده برخی از این مکانیسم‌ها می‌توانند به طور انتخابی تغییر یافته و یا متوقف شوند. در میان پستانداران دو حالت خواب به آسانی قابل افتراق می‌باشد که یکی از آن‌ها به عنوان خواب با موج آهسته و دیگری خواب متناقض است (۲۷). خواب با موج آهسته (SWS) در EEG به صورت دوک‌های خواب با فرکانس ۱۱-۱۶ سیکل در ثانیه مشخص می‌شود که به صورت همزمان با هم و همراه با امواج آهسته با ولتاژ بلند ظاهر می‌شود. ملاک‌های رفتاری اختصاصی برای خواب با موج آهسته وجود ندارد. در هنگام این نوع خواب، قوام عضلانی گردن وجود دارد، فعالیت رفلکسی نخاع مخلوط می‌باشد و تغییرات فعالیت اتونومیک، حداقل است. بعد از گذشت مدتی این حالت تبدیل به یک خواب با شرایط متفاوت شده که از آن به عنوان خواب متناقض یاد می‌شود. خواب متناقض دارای

الگوی EEG خاص خود می‌باشد که عبارت است از فعالیت تند همراه با ولتاژ پایین که مشابه زمانی است که شخص در حالت هوشیاری و بیداری به سر می‌برد (۲۸). این مرحله از خواب به دنبال دوره‌های متغیر از دوره‌های خواب با موج آهسته ظاهر شده و دارای ملاک‌های رفتاری ذیل است:

۱- از بین رفتن قوام عضلانی مخصوصاً گردن

۲- کاهش فعالیت‌های رفلکسی نخاعی

۳- تغییرات اتونومیک مشخصی از قبیل کاهش فشارخون، کندی ضربان قلب و تنفس نامنظم

۴- بروز حرکت سریع چشم (REM)

واقعیت آن است که خواب متناقض نسبت به خواب با موج آهسته عمیق‌تر بوده ولی از آنجایی که الگوی EEG در آن مشابه حالت بیداری است و از این رو از آن به عنوان خواب متناقض یا REM یاد می‌شود.

خواب REM هر ۶۰-۵۰ دقیقه در طول خواب شب تکرار می‌شود حرکات سریع چشم در خواب REM ناشی از فعالیت همزمان سبب کورتیکال یا به طور دقیق‌تر فعالیت PONTO-GENICOLO-OCCIPITAL است (۲۹). به عبارت دیگر هسته‌های دهلیزی داخلی و تحتانی باعث فعالیت هسته‌های خارج چشمی (اکستراکولار) بوده و مسئول این تظاهرات می‌باشند. خواب متناقض به صورت دوره‌ای در طول خواب شب ظاهر می‌شود که بیشترین میزان در اواخر شب است. هرگاه شخص بلافاصله بعد شروع خواب REM بیدار شود

۸۰٪ موارد می‌تواند در مورد رویای خود صحبت کند. پیشرفت‌های به وجود آمده در زمینه نورواناتومی، نوروفیزیولوژی و نوروفارماکولوژی نشان دهنده وجود آمین‌های بیولوژیک در رابطه با حالت‌های گوناگون خواب است. اکثریت مهارکننده مونوآمین اکسیداز (MAOI) دارای اثبات متوقف کننده‌ای روی خواب متناقض و از طرف دیگر سبب افزایش خواب با موج آهسته می‌شود. روش‌های هیستوفلوئرسانس نشان داده است اکثریت نورون‌های حاوی سروتونین در سیستم رافه متمرکز است. نورون‌های نوراپی نفرین در لوکوس سرولئوس قرار گرفته‌اند.

مهار سنتز سروتونین در سطح آنزیم هیدروکسید تریپتوفان منجر به بی‌خوابی کوتاه و برگشت‌پذیری می‌شود. از طرف دیگر تزریق پیش‌سازهای سروتونین (5-HYDROXY TRIPTOPHAN) باعث برگشت خواب طبیعی می‌شود. تقریباً تخریب کلی نورون‌های حاوی سروتونین در سیستم RAPHE باعث بی‌خوابی می‌گردد. مطالعات فارماکولوژیک مطرح کننده آن است که سروتونین رابطه تنگاتنگی با خواب با موج آهسته دارد ولی بسیار واقعیت‌های مربوط به فرآیند خواب هنوز در پرده ابهام قرار دارد. ارتباط بین خواب با موج آهسته و خواب متناقض چندان ساده به نظر نمی‌رسد. ولی نورون‌های سروتونرژیک مسئول خواب با موج آهسته بوده و ممکن است بخشی از مکانیسم اولیه ایجاد خواب متناقض را فعال نمایند. نورون‌های سروتونرژیک باعث می‌شود خواب متناقض فعال شده، این نورون‌ها در انتها تحتانی رافه پونز متمرکز شده‌اند. با این که ضایعات این سطح بشدت خواب متناقض را متوقف می‌کند ولی روی خواب با موج آهسته به نسبت کمتری اثر

می‌گذارد. ساختمان‌های مسئول خواب متناقص در خارج سیستم رافه قرار دارند، که از جمله آن‌ها لوکوس سرولوئوس می‌باشد. سلول‌های لوکوس سرولوئوس حاوی نوراپی نفرین و مونواکسیداز (MAO) می‌باشد. مهارکننده‌های منوآمین دوطرفه سرولوئوس همان‌گونه که در بالا اشاره شد می‌تواند به صورت انتخابی باعث سرکوب خواب متناقص گردند (۳۰). برای ارائه توصیف صحیح و کامل از خواب بایستی عملکرد دستگاه عصبی مرکزی را به اختصار بیان کنیم. خواب به عنوان بخشی از کارکرد مغز با ساختمان‌های نورواناتومیک معینی رابطه دارد. مرکز عصبی که در ایجاد و تنظیم خواب مداخله می‌کنند در ساقه مغز، دیانسفال و تالاموس همراه با ارتباط گسترده در کورتکس نیمکره‌های مغز، قرار دارند. هورمون‌ها، نوروترانسمیترها و پپتیدها فعال اثرات بسیار قوی روی مراکز مغز هیپوتالاموس و Forebrain Basal با هسته‌های رله کننده تالاموس به کورتکس قرار دارد. خواب به دو حالت مجزا از هم REM و non REM تقسیم می‌شود که هر کدام دارای مشخصات رفتاری، الکتروفیزیولوژی و آناتومیک ویژه‌ای است. ناحیه داخلی مغز میانی حاوی سگمان‌های بالایی بوده که در مجاورت نزدیک هسته‌های زوج قرار داشته و از این رو ضایعات این تقریباً به طور ثابتی باعث کاهش سطح هوشیاری، فلج نگاه عمودی، تغییرات مردمک می‌شود. این عارضه در جریان انسداد شریان قاعده‌ای (بازیلر) همراه با علائم خواب آلودگی پایدار توأم با گشادی مردمک، فلج نگاه عمودی و از دست رفتن تقارب ظاهر می‌شود. برخی بیماران دچار نوعی توهمات می‌شوند. کاتاپلکسی همراه با فلج خواب و حملات خواب نیز در ضایعات بالای ساقه مغز با تهاجم به کف بطن سوم گزارش شده

است. گزارشات اخیر نشانگر آن است که وجود ضایعه‌ای در مغز میانی بدون گرفتاری هیپوتالاموس برای ایجاد کاتاپلکسی و فلج خواب کافی به نظر می‌رسد. ضایعات پایین مزانسفال و بالای تگمنتوم پونس چنانچه با درگیری پری لکوس- سرولئوس همراه شود مسئول سندرم خواب REM بدون آتونیا است. در این سندرم مرحله خواب REM با اختلالات رفتاری همراه با ویژگی‌های آن انجام کارهای غیرعادی در زمان خواب است. ضایعات وسیع تگمنتوم پونس باعث کاهش زمان کلی خواب و تغییرات عمیق یا از بین رفتن خواب nonREM و REM در انسان می‌شود. تغییرات خواب همراه با فلج توأم نگاه به یک سمت شایع است. گزارشاتی وجود دارد که از دست رفتن خواب در بیماران با ضایعات سجاف وسطی در پونس و میدبرین همراه است. آزمایشات روی گربه‌ها نشان داده است که ضایعات هسته‌های سروتونرژیک سجاف میانی باعث بی‌خوابی پایدار شده است که رفتن به مراحل خواب در سندرم قفل شدگی (locked in) که ضایعه عروقی تا تگمنتوم پونس کشیده شده باشد گزارش شده است.

در مورد بصل النخاع مطالعات محدود است. ولی به طور کلی ضایعات آن روی تنفس در زمان خواب تأثیر می‌گذارد. آسیب‌های دوطرفه بصل النخاع سبب از بین رفتن کامل تنفس اتوماتیک می‌شود (۳۱). گرفتاری مراکز تنفسی بصل النخاع در جریان ناهنجاری آرنولد کیاری ممکن است با آپنه خواب غیرانسدادی و در صورت گرفتاری مراکز حرکتی حلق با آپنه انسدادی خواب همراه می‌شود. در پولیومیلیت در سندرم بعد از پولیو، چنانچه آسیب وسیع و گسترده‌ای به تشکیلات در تمامی سطوح ساقه مغز وارد آمده باشد تغییرات ریتم

تنفس از جمله سندرم آپنه خواب خواهیم داشت. به نظر می‌رسد که در این اختلال، مراکز تنظیم سرعت تنفس پونس و مراکز تنفسی در بصل النخاع مبتلا شده علاوه بر آن نورون‌های رتیکولر که نگه‌دارنده‌ی بیداری در ناحیه‌ی میدبرین است تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳۲). شکایت از خواب مختل در بیماران با ضایعات فوقانی طناب نخاعی شایع است. آپنه انسدادی خواب در بیماران با آسیب‌های نخاع گردن گزارش شده است. تغییراتی که در تنفس صورت می‌گیرد به علت افزایش بار زیاد به دیافراگم است و این امر خود را به صورت رتراکسیون متناقض قفسه صدری نمایان می‌سازد. این اختلال همچنین هیپوونتیلیاسیون آلئولی، چاقی و مصرف برخی داروها از قبیل baclofen ممکن است دیده شود. به طور خلاصه ضایعات تگمنتوم مغز میانی باعث خواب آلودگی شدید همراه با فلج نگاه عمودی و توهمات می‌گردد. ضایعات تگمنتوم دورسال پونز باعث کاهش عمیق خواب آلودگی توأم با فلج نگاه افقی می‌گردد. ضایعات محل اتصال پونس به بصل النخاع یا خود بصل النخاع سبب تغییرات قلبی تنفسی و از دست رفتن آتونیا عضلانی در مرحله REM می‌شود (۳۳). بر کسی پوشیده نیست که خواب یک پدیده اساسی حیات بوده و یک مرحله جدایی‌ناپذیر از موجودیت انسان می‌باشد. پاولف از جمله فیزیولوژیست‌های مشهوری بوده که اساس فیزیولوژی خواب را در دو فرضیه اساسی زیر می‌داند:

۱- خواب عبارت است از پدیده توقف، که در تمام قسمت‌های فوقانی مغز انتشار می‌یابد.

۲- اثر خواب در مغز تأمین اعمال حفاظتی و اصلاحی است.

خواب طبیعی نمودار یکی از ریتم‌های اساسی ۲۴ ساعته در پستانداران، پرندگان و خزندگان است. به نظر می‌رسد که کنترل عصبی ریتم ۲۴ ساعته در بخش بطنی قدامی هیپوتالاموس به ویژه در هسته‌های فوق کیاسما قرار گرفته باشد و آسیب این هسته‌ها سبب به هم خوردگی کامل سیکل خواب- بیداری و ریتم استراحت- فعالیت، درجه حرارت و تغذیه می‌گردد. در این راستا ملاتونین و جسم پینه‌آل هم در فعالیت‌های دوره‌ای نقشی به عهده دارند. مشاهده سیکل خواب- بیداری انسان نشان می‌دهد که وابسته به سن می‌باشد. نوزاد حدود ۱۶ تا ۲۰ ساعت و کودک حدود ۱۰ تا ۱۲ ساعت می‌خوابد. در سن ۱۰ سالگی تمام مدت خواب به ۹-۱۰ ساعت و در دوران بلوغ مجدداً به ۷/۵ ساعت کاهش می‌یابد. در اواخر زندگی بزرگسالی به ۶/۵ ساعت می‌رسد. فاکتورهای ارثی، مسائل تربیتی در ابتدای زندگی و به ویژه علل و حالات فیزیکی و روانی خاص همگی روی طول و عمق خواب اثر می‌گذارند. نحوه خواب که در زندگی برای مدت ۲۴ ساعت تنظیم می‌شود نیز در دوره‌های مختلف حیات با هم فرق دارند. تنها در چند هفته اول بعد از تولد نوزاد کال است که ریتم سیرکادین با ارجحیت خواب شبانه مشخص نمی‌شود. با رشد بچه نخست چرت صبحگاهی و سپس چرت عصرها حذف و در ۵-۴ سالگی است که خواب شبانه طولانی و یکپارچه می‌باشد (۳۴). بیشتر از نیمی افراد دارای چرت بعدازظهری در الگوی خواب- بیداری در تمام طول حیات خویش هستند. چنین الگوی متناوب خواب و بیداری در طول سال‌های نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد، مگر اینکه توسط بیماری عاطفی یا فیزیکی دستخوش تغییر گردد و تا سنین کهولت چندپارگی الگوی خواب پیش نمی‌آید.

در زمان پیری، فراوانی بیداری‌های شبانه زیاده‌تر شده و در طول بیداری، حملات فراوان خواب که از چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشند همراه با چرت‌های طولانی به وجود می‌آیند. بعد از حدود ۳۵ سالگی خانم‌ها اندکی بیش از مردها می‌خوابند (۳۵).

برای خواب پنج مرحله در دو مکانیسم فیزیولوژیک متناوب شرح داده شده است. در هر مرحله فعالیت الکتریکی، مغز، به صورت سیکل‌های سازمان یافته و تکرارشونده که از آن به عنوان معماری خواب یاد می‌شود، نمایان می‌گردد. این یافته‌ها دیگر عقاید گذشته را که خواب را یک حالت غیرفعال و صرفاً منفعل و ناشی از خستگی کار روزانه و بازتاب کاهش فعالیت‌های محیطی می‌دانست، کنار گذاشته است و بیشتر در تأیید این مطلب است که خواب و کما دارای پایه آناتومی و فیزیولوژیک واحدی است. هرچه مراحل الکتروفیزیولوژیک خواب پیشرفت می‌کند، خواب نیز عمیق‌تر شده و این مطلب را می‌رساند که بیدار کردن مستلزم تحریکات شدیدتری است. خواب یک حالت فعال و پیچیده است و از مراحل چهارگانه خواب بدون حرکات سریع چشم (non REM Sleep) و خواب با حرکات سریع چشم REM Sleep تشکیل شده است. خصوصیات بیداری و مراحل خواب از طریق ارزیابی‌های فیزیولوژیک به وسیله پلی سومنوگرافی مشخص می‌شود. در پلی سومنوگرافی خواب براساس الکتروانسفالوگرام (EEG)، اکترواکولوگرام (EOG) با نوار الکتریکی حرکات چشم و الکترومیوگرام از عضله چانه تفسیر می‌شود (۳۶). از مشخصات مرحله اول خواب non REM (Stage I) در EEG پیدایش امواج با ولتاژ پایین و فرکانس مختلط

و نیز حرکات آهسته چرخش چشم‌ها است. در این مرحله واکنش نسبت به تحریکات خارجی کم شده، ولی ذهن فرد کار می‌کند منتها جهت‌یابی نسبتاً مختل است.

EEG در مرحله دوم (Stage II) از یک زمینه با ولتاژ به طور متوسط پایین تشکیل شده که همراه با دوک‌های خواب که به صورت امواج حمله‌ای نیم تا دو ثانیه با فرکانس 12-14 Hz و همچنین مجموعه‌های k به وجود آمده است. مجموعه k عبارت است از یک موج نوک تیز و کند که در آن ابتدای موج منفی و جزء بعد آن مثبت خواهد بود.

مرحله سوم خواب (Stage III) شامل فعالیت تتا (با فرکانس ۷-۵ سیکل در ثانیه) و دلتا (با فرکانس ۳-۱ سیکل در ثانیه) همراه با ولتاژ بلند می‌باشد. در این مرحله مجموعه‌های k و دوک‌های خواب نیز به طور پراکنده دیده می‌شود. مرحله چهارم خواب (Stage IV) مشابه مرحله ۳ بوده به جز اینکه در این مرحله امواج بلند دلتا، دست کم ۵۰٪ EEG را اشغال کرده است، دوک‌های خواب نیز کم است یا اصلاً وجود ندارد.

مراحل ۳ و ۴ خواب اغلب با یکدیگر ترکیب شده، از آن به عنوان خواب دلتا یا خواب با موج آهسته یا خواب عمیق یاد می‌شود ضربانات قلب و نیز تعداد تنفس در مرحله ۲ خواب non REM منظم و تنها مختصری کاهش یافته است. منتها با عمیق‌تر شدن خواب ضربان قلب و تنفس آهسته‌تر شده ولی در هر حال به صورت منظمی ثبت می‌شود. در زمان خواب non REM چنانچه EMG چانه به عمل آید انقباضات تونیک همراه با ارتفاع متوسطی نشان می‌دهد، منتها میزان آن نسبت به بیداری کامل کمتر است و شامل فعالیت‌هایی است که از لحاظ فرکانس بیشتر مختلف بوده و ولتاژ آن‌ها پایین است و بیشتر مشابه مرحله ۱ خواب

non REM است. از فعالیت‌های منحصر به فرد خواب REM پیدایش امواجی است که ولتاژ آن‌ها به طول متوسطی بالا بوده، شکل موج سه گوش و فرکانس آن ۳-۵ سیکل در ثانیه است و از آنها به عنوان امواج دندان‌های یاد می‌شود. فعالیت‌های ناگهانی از حرکات توأم چشم‌ها به صورت متناوبی دیده می‌شود. فعالیت انقباض تونیک در الکترومیوگرافی چانه دیده نمی‌شود و یا به مقدار قابل ملاحظه‌ای کم شده است. ضمناً دیس شارژهای فزایک از فعالیت عضلانی به صورت نامنظم و حمله‌ای به وجود می‌آید. کاهش فعالیت REM بازتاب فلج عضلانی است و به علت مهار فعالی است که در فعالیت عضله به هنگام خواب REM به وجود می‌آید (۳۷). خواب non REM با خواب REM در فواصل ۸۵-۱۰۰ دقیقه به صورت متناوب تکرار می‌شود. فرد بالغ طبیعی و سالم در عرض ۱۰ دقیقه به خواب می‌رود و به طور عادی به ترتیب مراحل I, II, III, IV را طی می‌کند و سپس از مراحل IV, III, II برمی‌گردد. بعد اولین دور خواب REM به وجود می‌آید. این الگوی خواب طبیعی ۳-۵ بار تکرار می‌شود به طور مشخص مراحل III, IV در نیمه اول یک دوره خواب بارزتر است و خواب REM هم از لحاظ شدت و هم از لحاظ مدت زمان به هنگام نیمه دوم خواب شبانه افزایش می‌یابد (۳۴). دوره نخست REM ممکن است کوتاه مدت بوده و سیکل‌های آخر دارای مرحله ۴ خواب non REM کوتاهی باشند، (اغلب موارد فاقد آن هستند). در بخش دوم خواب شبانه، سیکل‌های خواب ضرورتاً دارای دو مرحله متناوب خواب REM و خواب مرحله دوم دوک - کمپلکس (k) هستند.

نوزادان رسیده ۵۰٪ خواب خود را به شکل خواب REM سپری می‌کنند (البته خصوصیات EEG و حرکات چشم آن‌ها متفاوت از بالغین می‌باشد). هر سیکل خواب یک نوزاد ۶۰ دقیقه (REM 50٪ و non REM 50٪) بوده که هر ۴-۳ ساعت به طور متناوب و در فواصل شیر خوردن تکرار می‌شوند) به داراز کشیده و با بالا رفتن سن، سیکل خواب به ۹۰-۱۰۰ دقیقه افزایش می‌یابد. در افراد بالغ جوان ۲۵-۲۰٪ کل خواب در خواب REM، ۵-۳٪ در مرحله دوم و ۲۰-۱۰٪ در مراحل سوم و چهارم سپری می‌گردد. با افزایش سن از مقدار خواب مراحل ۳ و ۴ کاسته و افراد مسن (بالای ۷۰ سال) عملاً فاقد خواب مرحله ۴ بوده و مرحله ۳ خواب آن‌ها نیز کم است. سیکل ۹۰-۱۰۰ دقیقه در هر فردی ثابت و به شکل غیرمحسوسی در حرکات معدی روده‌ای، گرسنگی، درجات هوشیاری و قدرت فعالیت شناختی زمان بیداری شرکت دارد. مقایسه تغییرات فیزیولوژیک خواب non REM و REM ضروری می‌باشد. الگوی تغییرات EEG در هر دو قبلاً بیان گردید.

در خواب non REM نورون‌های قشری به شکل حملات سنکرونیزه و در طول بیداری به صورت حملات غیرسنکرونیزه، تخلیه دیس شارژ می‌نماید. در خواب REM نسبت فعالیت واحد کاملاً بالا و عموماً غیرسنکرونیزه است. اغلب رویاهای بینایی مرکب (کمپلکس) در مرحله REM رخ داده و اگر فرد در این مرحله بیدار گردد آن‌ها را به خوبی به یاد خواهد داشت، فعالیت‌های ذهنی مشابه در خواب non REM هم رخ می‌دهند ولی به میزان خیلی کمتری است. بیدار کردن افراد از خواب REM به سادگی صورت می‌گیرد ولی بیدار کردن فرد از مراحل ۳ و ۴ خواب non REM مشکل‌تر بوده و بیداری کامل نیاز به ۵ دقیقه یا

بیشتر زمان دارد که فرد در این مدت ممکن است دچار تیرگی شعور (کونفوزیون) و عدم جهت‌یابی باشد (لذا پزشکان باید از تصمیم‌گیری پزشکی در این فاصله در شب‌های کشیک خودداری کنند).

همچنان که در بالا ذکر شد، فعالیت تونیک عضلانی در خواب REM حداقل است، اگرچه انقباضات کوچک و حرکات لرزشی در عضلات چهره و دیستال اندام‌ها (دست و پا) هنوز ممکن است رؤیت گردند. حرکات چشم خواب REM به صورت کنژوگه و در تمامی جهات (افقی بیشتر از عمودی) است. حرکات واضح بدن هر ۱۵ دقیقه یا زمانی نزدیک به آن در تمامی مراحل خواب رخ می‌دهند ولی در انتقال از مرحله REM به non REM است که خود را به صورت تغییر در جایگاه فرد از یک پهلو به پهلو دیگر نشان می‌دهد (اغلب افراد روی پهلو می‌خوابند) (۳۹).

در مطالعات دقیق‌تر مشخص شده است که خواب REM دارای اجزای هم فازیک و هم تونیک می‌باشد. در دوره فازیک، علاوه بر حرکات سریع چشم‌ها، مردمک‌ها به طور متناوب گشاد و منقبض شده، فشارخون، نبض و تنفس افزایش پیدا کرده و غیرمنظم می‌شوند. فعالیت‌های فازیک معلول شلیک فعالیت نورونی هسته‌های وستیبولار هستند و از طریق دسته طولی داخلی و هسته‌های حرکتی چشم، هسته‌های ستیغ میانی و راه‌های کورتیکواسپینال انتقال می‌یابند.

در مراحل غیر فازیک یا تونیک خواب REM، نوروهای آلفا و گاما نخاعی دچار وقفه شده، پاسخ‌های کاهش یافته و بازتاب تاندونی (میوتاتیک)، وضعیتی و فلکسورها کاهش

یافته یا از بین می‌روند. چنین حالت شلی یا آتونی که در عضلات شکمی، راه‌های تنفسی فوقانی، عضلات بین دنده‌ای بیشتر است، ممکن است سبب اختلال تنفس در طول خواب REM شده و در شیرخواران دچار اشکال تنفسی شدید و بیماران مبتلا به کیفواسکولیوز، دیستروفی عضلانی و فلج اطفال و سایر فلج‌های نوروموسکولار تهدیدی برای حیات محسوب می‌گردد (۴۰). از سال‌های قبل متوجه شده بودند که در طول خواب درجه حرارت بدن کاهش می‌باشد. اگر خواب نیز پیش نیاید درجه حرارت بدن به عنوان جزئی از منحنی درجه حرارت ریتم ۲۴ ساعته باز کاهش خواهد داشت. این سقوط همچنین مستقل از سیکل استراحت-فعالیت ۲۴ ساعته می‌باشد. در طول خواب سقوط درجه حرارت بیش‌تر در جریان خواب non REM پیش می‌آید. همچنین در این مرحله تعداد ضربانات قلب و تنفس هر دو کم ولی منظم‌تر می‌گردند. مصرف اکسیژن در طول خواب non EM کم می‌شود. مصرف اکسیژن مغز در خواب non REM افزایش واضح نشان می‌دهد. در طول خواب دفع ادرار کم شده و دفع مقدار مطلق سدیم و پتاسیم نیز کاسته می‌شود، لیکن وزن مخصوص و اسمولالیتیه آن افزایش پیدا می‌کند که احتمالاً معلول افزایش ترشح هورمون آنتی‌دیورتیک و جذب مجدد آب می‌باشد. در خواب REM فعالیت‌های سیستم عصبی اتونومیک برقرارند. تعدادی از تغییرات هورمونی دارای رابطه منظمی با سیکل خواب-بیداری هستند. در طول ۲ ساعت اول خواب افزایش در ترشح هورمون رشد، اکثراً در مراحل ۳ و ۴ خواب رخ می‌دهد.

ترشح پرولاکتین هم در مرد و هم در زن در طول خواب ایجاد شده و بالاترین سطح غلظت آن بلافاصله بعد از شروع خواب پدید می‌آید. در دختران و پسران در سن بلوغ افزایش ترشح هورمون جسم زرد در طول خواب دیده می‌شود. ترشح کورتیزول و خصوصاً TSH در شروع خواب کاهش می‌یابد. غلظت‌های بالای کورتیزول به طور اختصاصی در موقع بیدار شدن از خواب به وجود می‌آید. ملاتونین که توسط غده پینئال ساخته و پرداخته می‌شود در شب تولید شده و با تحریک شبکیه توسط نورخورشید، متوقف می‌شود. مطالعه‌های حیوانی نشان داده است که مکانیسم‌های فیزیولوژیک مسئول خواب REM و non REM در تشکیلات مشبک پونز است و تحت تأثیر استیل کولین و دوپامین بیورژنیک به نام‌های سروتونین (5-HS) و نوراپی نفرین قرار دارند. نورون‌های سروتونرژیک در مجاورت خط وسط یا نواحی ستیغی پونز قرار دارند. قسمت اعظم نورون‌ها غنی از نوراپی نفرین در لوکوس سرولئوس و هسته‌های وابسته به تگمنتوم مرکزی مزانسفالوس، کودیت و دیگر نواحی تگمنتال بطنی کناری متمرکز شده‌اند. به نظر می‌رسد که استیل کولین به عنوان نوروترانسمیتر RAS در ساقه مغز عمل کند، زیرا فعالیت سلول‌های غول پیکر (ژانت) کولینرژیک حوزه تگمنتال در طول خواب افزایش می‌یابد. نوسان اساسی چرخه خواب معلول فعالیت دوسویه نوروترانسمیترهای تهییجی و وقفه‌ای است. بررسی و ثبت سلول منفرد تشکیلات مشبک پونز نشان می‌دهد که دو گروه سلولی وابسته به هم وجود دارد که سطوح فعالیت آن‌ها به طور دوره‌ای (پریودیک) و دوسویه در حال تغییر است. طبق این تئوری در طول بیداری، فعالیت نورون‌های مهارت بالا می‌رود و به علت این وقفه،

فعالیت سلول‌های کولینرژیک پایین می‌باشد. در طول خواب non REM سطح وقفه تدریجاً کاهش یافته و تهییج کولینرژیک افزایش می‌یابد. در زمان کامل شدن شیفته، خواب REM رخ می‌دهد (۴۱).

تزریق آگونیستهای کولینرژیک یا آنتاگونیستهای آمینرژیک به داخل پونز ساقه مغز شخص را از حالت بیداری به خواب REM وارد می‌کند، و این مؤید نظریه فوق است. هرچند این تئوری ظاهراً یک توجیه و تفسیر منطقی برای بیماری‌های خواب و درمان آن‌ها فراهم می‌آورد. ولی نکات مهم زیادی نیز وجود دارد که با این تئوری قابل تفسیر نیست و برحسب این تئوری، بیماری زیادی که در طول اضطراب‌ها دیده می‌شود معلول افزایش فعالیت آمینرژیک با کاهش فعالیت کولینرژیک بوده و می‌توان با مصرف آنتاگونیستهای آمینرژیک (مثل دیازپام) با آن مقابله کرد. برعکس پر خوابی و کم فعالیتی آمینرژیک (یا افزایش فعالیت کولینرژیک) نسبت داده شده و با مصرف آگونیستهای آمینرژیک (مثل آمفتامین) قابل مقایسه است. اشتباهات زمان‌بندی بین نوسان‌کننده‌های سیکل خواب و دیگر سیستم‌های نورونی، عامل حالات بارسونیک مثل فلج خواب و راه رفتن در خواب هستند. در گذشته برخی از پتیدها را در تنظیم خواب مطرح می‌کردند، پلاسمای خرگوش خواب آلود دارای یک ماده نوناپتیدی است که موجب خواب آلودگی و خواب دلتا در حیوانات هوشیار می‌گردد. ماده پتیدی دیگری فاکتور (S) از مغز بزهای محروم از خواب جدا کردند که تزریق آن به دام‌ها و خرگوش موجب خواب یا موج کند (دلتا) می‌شود که چند ساعت به درازا می‌کشد و بالاخره دیگر عوامل محتمل مؤثر در خواب شامل پتیدهای مورامیل و

اینترلوکین ۱ هستند که موجب افزایش خواب یا موج کند می‌گردند. منشأ دقیق و طبیعت این مواد هنوز ناشناخته‌اند (۴۲).

محرومیت از خواب (SLEEP Deprivation): محرومیت خواب می‌تواند به صورت کامل، نسبی یا مرحله‌ای خاص از خواب باشد. کاهش آگاهی و عملکرد از جمله رهاوردهای محرومیت از خواب است. تغییرات خلق از جمله تحریک‌پذیری، خستگی، عدم تمرکز و عدم جهت‌یابی به طور شایع دیده می‌شود. بروز تغییرات در حافظه کوتاه مدت در نتیجه کاهش توجه، کاهش تمرکز و کاهش انگیزه محسوب می‌شود. این علائم در کسانی که زمینه آسیب شخصیت داشته باشند برجسته‌تر و زودتر ظاهر می‌گردد. خطاهای حسی، توهمات، ادراکات نادرست بینایی و تفکر پارانوئید (سوءظن و بدبینی) نیز در فقدان خواب به وجود می‌آید. تظاهرات غیرآشکار عصبی از قبیل نیستاگموس، اختلال تکلم، لرزش دست، افزایش رفلکس تاندونی عمقی و افزایش حساسیت به درد به دنبال بیش از ۲۰۵ ساعت محرومیت خواب گزارش شده است. برخی مطالعات افزایش اشتها و خوردن را در انسان‌های محروم از خواب نشان داده است. کاهش مختصر درجه حرارت بدن دیده می‌شود. در هر حال انسان‌ها در هر سنی بهتر از حیوانات محرومیت خواب را تحمل می‌کنند. برخی شغل‌ها در معرض خطر سندروم محرومیت نسبی خواب قرار دارند، از جمله آنها کارگران کار نوبتی، پرسنل بیمارستانی و راننده‌های بیابان هستند که نشانه‌های محرومیت خواب را از قبیل خواب آلودگی، تغییرات خلق و کاهش کارایی شغلی را با گذشت زمان نمایان می‌سازند. آثار محرومیت خواب REM روی فعالیت‌های روانی و ویژگی‌های شخصیتی منحصربه

فرد است. در برخی مطالعات تشدید پرخوری و تمایلات جنسی و افزایش پرخاشگری و

بی‌قراری به دنبال محرومیت از خواب REM دیده شده است. (۴۳)

شایع‌ترین اختلالات خواب عبارتند از :

بیخوابی اولیه: اشکال مزمن در به خواب رفتن یا به خواب ادامه دادن وقتی علت دیگری

برای آن یافت نمی‌شود. بیخوابی می‌تواند به صورت مشکل در به خواب رفتن، زود بیدار

شدن و یا بیدار شدن‌های مکرر در حین شب باشد. در بررسی بیماری بیخوابی دقت به این

نکته لازم است که افراد از نظر نیازشان به خواب و میزان رضایتمندی‌شان از خواب با هم

متفاوتند. با وجودی که بیخوابی اغلب خود محدودشونده می‌باشد، اما تأثیرات منفی

بسیاری بر کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌گذارد. متأسفانه بسیاری از پزشکان اهمیت لازم را

به این شکایت نمی‌دهند و این امر منجر به خوددرمانی‌های بی‌اثر و خطرناک توسط بیماران

می‌شود. مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که بی‌خوابی، ریسک فاکتور مهمی در ایجاد

مشکلات روانپزشکی از جمله افسردگی و اعتیاد به مواد خواب آور و مخدر می‌باشد.

بالعکس بیماری‌هایی از جمله افسردگی و اضطراب خود می‌توانند باعث بروز بیخوابی

شوند. درمان‌های دارویی متنوعی برای بیماری بیخوابی وجود دارد: استفاده از

بنزودیازپین‌ها و خواب‌آورهای غیربنزودیازپینی جدید از جمله زولپیدم برای درمان این

بیماری تأیید شده‌اند. رفتاردرمانی نیز با وجودی که کمی وقت‌گیر است اما نتایج قابل

قبولی داشته است (۴۴).

DSPS (سندرم فاز تأخیری خواب) : ناتوانی در بیدار شدن و بخواب رفتن در زمان‌های قابل قبول اجتماعی بدون وجود اشکال در به خواب ماندن می‌باشد. در حقیقت در این اختلال اشکال در زمان‌بندی سیستم سیرکادین وجود دارد.

سندرم هیپوآپنه: اختلالیست که شامل اپیزودهایی از تنفس خیلی سطحی یا تعداد تنفس خیلی کم می‌باشد هیپوآپنه می‌تواند در حالت خواب یا بیداری اتفاق بیفتد. با هیپوآپنه‌ی متوسط تا شدید خواب دچار اختلال می‌شود و فرد با وجود خواب کافی احساس رضایت نمی‌کند. اختلال در تنفس باعث کاهش سطح اکسیژن خون می‌شود. هیپوآپنه‌ی روزانه در افراد با اختلالات عصبی عضلانی رخ می‌دهد. هیپوآپنه تا زمانی که کاهش ۳۰٪ی یا بیشتر در جریان هوا، به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر رخ ندهد دارای ارزش بالینی نمی‌باشد. علل آن شامل اختلالات آناتومیک (مانند بدشکلی سپتوم بینی) التهاب لوزه‌ها، چاقی، اختلال عصبی- عضلانی درگیرکننده‌ی عضلات تنفسی، مصرف آرام‌بخش‌ها، زیاده‌روی در مصرف الکل، سیگار و افزایش سن می‌باشد (۴۵).

پاراسومنیا : اتفاقات از هم گسیخته مربوط به خواب که شامل فعالیت‌های نامناسب حین خواب مانند راه رفتن و وحشت شبانه می‌شود. عمدتاً در مراحل III و IV خواب non REM رخ می‌دهند. در دوران کودکی شایعتر بوده و معمولاً با افزایش سن از تکرار آنها کاسته می‌شود. خطری که بیمار را تهدید می‌کند آسیب به خود و یا دیگران در حین این حملات است (۴۴).

سندرم پای بیقرار (RLS) یا تمایل غیرقابل مهار جهت حرکت پاها: سندرم پای بیقرار یکی از علل اختلال شدید خواب می باشد. درواقع یک اختلال حسی/حرکتی عصبی است که مشخصه آن احساس مبهم و غیرقابل توصیف راحت نبودن در پاها می باشد و در ۵۰٪ تا ۱۵٪ افراد جامعه دیده می شود. این حالت بیشتر در حین انتقال از بیداری به خواب رخ می دهد و بیمار احساس بیقراری در پاهایش می کند که با حرکت دادن مکرر آن ها برطرف می شود. به نظر می رسد این بیماری نیز جنبه ژنتیکی داشته باشد (۴۴).

مطالعات نشان می دهد که میزان خواب بیشتر از کیفیت خواب بر سلامت، رضایت از زندگی، تنش و افسردگی و خشم و خستگی مرتبط است (۴۶). کم بودن اطلاعات در مورد اختلالات خواب در طی تحصیل و پس از آن نشان دهنده آن است که اکثر پزشکان در مورد طب خواب آموزش نمی بینند (۴۶) و اکثر پزشکان جوان به این دلیل که تا دیروقت خود را برای امتحانات دانشکده آماده می کنند خواب کمی دارند (۴۷). تأثیر مشکلات خواب بر روی زندگی انسان اخیراً بسیار مورد توجه قرار گرفته است بخصوص در مورد دانشجویانی که اصولاً جمعیت کم خوابی شناخته می شود (۴۸).

بهداشت خواب را می توان دسته ای از رهنمودها و اقداماتی که در حفظ و ارتقای کیفیت خواب هستند تعریف کرد (۴۹). وجود عادات بهداشت خواب صحیح سبب بهبود کیفیت خواب می شود که نکاتی راجع به بهداشت خواب را ذکر می کنیم:

- برنامه خواب و بیداری باید منظم باشد و این برنامه در تعطیلات آخر هفته نیز حفظ شود چون چرخه خواب و بیداری توسط ساعت سیرکادین در مغز کنترل می شود زمان منظم

خواب و بیداری سبب تقویت عملکرد ساعت سیرکاردین می‌شود و به شروع خواب در شب کمک می‌کند.

- زمان صحیح به رختخواب رفتن زمانی است که فرد خواب آلود است و فرد باید هر روز صبح بدون توجه به این که چه ساعتی خوابیده است در زمان مشخصی از خواب بیدار شود.

- یک برنامه منظم و آرام بخش مثل دوش آب گرم و کتاب خواندن یا یک موسیقی ملایم سبب تسهیل شروع خواب می‌شود.

- اتاق خواب باید مناسب خوابیدن باشد و نیز تاریک، آرام، راحت و خنک باشد و از رختخواب باید فقط جهت خوابیدن استفاده کرد.

- از ۲-۳ ساعت قبل از خواب نباید چیزی خورد مصرف زیاد مایعات و غذا جلوی خواب راحت را می‌گیرد.

- ورزش منظم نقش زیادی در یک خواب خوب دارد ولی حداقل از ۳ ساعت قبل از خواب نباید ورزش کرد. ورزش در ساعت اولیه بعد از ظهر راه خوبی برای بهبود به خواب رفتن در شب است.

- مصرف کافئین (قهوه، چای، شکلات) نزدیک زمان خواب موجب بیدار ماندن فرد می‌شود.
- از مصرف مواد نیکوتین‌دار (سیگار و محصولات تنباکو) باید خودداری کرد چون نیکوتین یک ماده محرک است.

- مصرف الکل نیز نزدیک زمان خواب منجر به بیدار شدن‌های مکرر شبانه می‌شود.

- تحقیقات نشان می‌دهد که خوابیدن به روی پشت بهترین وضعیت برای آرام شدن و خواب خوب است (۵۰).

- قواعد بهداشت خواب علاوه بر افراد سالم برای کسانی که بدون داشتن اشکال عضوی بارز دچار بی‌خوابی خفیف یا متوسط هستند نیز مفید خواهد بود به علاوه کسانی که بی‌خوابی شدید دارند نیز گرچه اغلب نیازمند دارو هستند، از به کار بردن این قواعد بهره خواهند برد (۴۹).

در بهداشت خواب نیز مانند تمام موضوعاتی که در طب و روان‌شناسی در مورد بشر گفته می‌شود تفاوت‌های فردی حائز اهمیت است و مصداق هیچ قاعده‌ای در مورد دو نفر کاملاً یکسان نیست (۵۱).

اختلالات افسردگی

اختلالات افسردگی جزو اختلال‌های خلقی محسوب می‌شود. افسردگی به هر شکل دیده شود، شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا را تعریف می‌کند. افسردگی قدرت قضاوت را تضعیف می‌کند و باعث رفتارهای نامعقول می‌شود. در هر یک از موارد، بیمار نمی‌تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد افسردگی می‌تواند، باعث ابتلاء بیمار به انواع بیماری‌های جسمی و روانی شود.

اختلال افسردگی بیشتر در دهه چهارم عمر شروع می‌شود، هرچند امکان شیوع آن در تمام سنین، حتی در جوانان ۲۰ تا ۳۰ سال نیز وجود دارد. افسردگی می‌تواند منجر به عدم

تمرکز و مسئولیت پذیری در زندگی شود، بنابراین ممکن است فرد افسرده کنترل و تمایل خود را برای ادامه زندگی از دست بدهد، افسردگی موجب عدم لذت فرد از زندگی می‌شود. فرد افسرده به سمت بدبینی، انتقاد، عدم اعتماد به نفس و کاهش احساسات و قدرت تخیل هدایت می‌شود.

اختلال افسردگی ماژور

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که مشخصه آن خلق افسرده و با احساس غمگینی، اعتماد به نفس پایین و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود؛ چیزی که از آن به عنوان "سرماخوردگی روانی" یاد می‌شود. افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی اساسی واژه‌ای است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علایم اختلال خلق برای DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت. افسردگی اساسی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد

علل بروز

علل زیست شناختی

ژنتیک: شیوع افسردگی در دوقلوهای تک تخمکی ۶۵ درصد و در سایر دوقلوها ۱۹-۱۴ درصد است که نقش عامل های ژنتیک را مشخص می کند. محققین چند ژن را که ممکن است با اختلالات دو قطبی مربوط باشند را مشخص کرده اند، آنان به دنبال ژن هایی می گردند که با سایر اشکال افسردگی مرتبط باشند. اما همه افرادی که سابقه فامیلی افسردگی را دارند به این اختلال دچار نمی شوند.

- سروتونین و سایر نوروترانسمیترها: وجود اختلال نوروترانسمیتری در سطح سیناپس ها را در بیماران افسرده مشاهده کرده اند. علاوه بر سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین در بیماران افسرده اختلال دارند .

- داروها: استفاده طولانی مدت از برخی داروها مانند داروهایی که جهت کنترل فشار خون استفاده می شوند، قرص های خواب یا قرص های پیشگیری از بارداری می توانند علائم افسردگی را در بعضی افراد ایجاد کنند. مصرف قرص های ضد بارداری تأثیر مستقیم در افسردگی زنان دارد.

- بیماریها: ابتلا به یک بیماری مزمن، مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت، سرطان و آلزایمر یا میگرن باعث می شود که فرد در خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرد. مطالعات، یک ارتباط ثابت نشده بین افسردگی و بیماری قلبی را نشان می دهند . افسردگی در بسیاری افرادی که حمله قلبی داشته اند اتفاق می افتد. افسردگی درمان نشده می تواند

شما را در خطر بیشتری برای مرگ در سال‌های اول پس از سکته قلبی قرار دهد. ابتلا به کم‌کاری تیروئید حتی اگر خفیف باشد هم می‌تواند باعث بروز افسردگی شود

علل روانی اجتماعی (psychosocial)

- استرس: وقایع پراسترس زندگی، به ویژه از دست دادن یا تهدید به از دست دادن یک فرد محبوب یا شغل می‌تواند محرک افسردگی باشد.
- عوامل اجتماعی: نارضایتی از جامعه و عوامل روانی مرتبط با اجتماع نیز می‌توانند نقش داشته باشند.
- شخصیت: صفات شخصیتی خاصی مانند اعتماد به نفس پایین و وابستگی شدید، بدبینی و حساسیت در برابر استرسها می‌تواند فرد را مستعد افسردگی نماید. شخصیتی وسواسی، منظم و جدی، کمال‌گرا، یا شدیداً وابسته نیز احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهند.
- شکست در زندگی: شکست در کار، ازدواج، یا روابط با دیگران می‌تواند باعث بروز افسردگی شود، مرگ یا فقدان یکی از عزیزان، از دست دادن یک چیز مهم (شغل، خانه، سرمایه)، تغییر شغل یا نقل مکان به یک جای جدید، انجام بعضی از اعمال جراحی مثل برداشتن پستان به علت سرطان، گذر از یک مرحله از زندگی به مرحله‌ای دیگر، مثلاً یائسگی یا بازنشستگی .
- بیماری‌های روانی: اضطراب، عقب‌افتادگی ذهنی، فراموشی، اختلال خوردن و سوء مصرف مواد.

شیوع

شیوع این بیماری در زنان دوبرابر مردان است. در مردان میزان ابتلا ۱۲-۵ درصد و در زنان ۱۹-۱۴ درصد است. سن بروز بیماری در حدود ۳۰ سالگی است.

علائم

محتوی تفکر

۶۰ درصد بیماران افسرده فکر خودکشی دارند و ۱۵ درصدشان دست به خودکشی می‌زنند. حس نافذ نومیدی، احساس گناه به خاطر چیزهای کم‌اهمیت یا خیالی، احساس بی‌ارزشی و توهمات و هذیانهای نیست‌انگارانه و نشخوار ذهنی وسواسی در بسیاری از آن‌ها آشکار است.

نظام حسی

حواس پرتی، دشواری در تمرکز، اختلال حافظه، گیجی و گاه اختلال در تفکر انتزاعی (به‌ویژه در سالمندان) شایع است.

وضعیت ظاهری

غم‌گینی، گریه بی‌دلیل، از دست دادن علاقه و ناتوانی از لذت بردن، بی‌حالی و خستگی، بی‌قراری، زودرنجی، مشکلات خواب (شامل دشواری در خوابیدن، خواب زیاد و ناراحت) زیاد مشاهده می‌شود.

کندی یا برعکس تحریک پذیری روانی حرکتی و بی‌توجهی به ظاهر شخصی بسیار شایع است. تکلم خودانگیخته کم یا به کلی غایب است. مکث‌های طولانی در کلام، استفاده از واژگان تک‌سیلابی و صدای آهسته و یکنواخت از ویژگی‌های گفتاری معمول است.

ملاک‌های DSM-IV-TR در مورد افسردگی اساسی

الف) حداقل پنج تا از علایم زیر همزمان در یک دوره دو هفته‌ای وجود داشته باشد و نشانه تغییر در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علایم یا (۱) خلق افسرده باشد، یا (۲) بی‌علاقگی و بی‌لذتی.

- نکته: علایمی را که به وضوح از بیماری طبی عمومی ناشی شده است و نیز هذیانها و توهمهای ناهماهنگ با خلق را منظور نکنید.

۱. خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها، چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنیش (مثلاً احساس کند غمگین است، یا احساس پوچی کند)، چه طبق مشاهده دیگران (مثلاً بگویند گریان به نظر می‌رسد). نکته: در اطفال و نوجوانان می‌تواند به صورت خلق تحریک پذیر (irritable) باشد.

۲. کاهش واضح علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها، اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها (چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنیش، چه بنا بر مشاهدات دیگران).

۳. کاهش چشمگیر وزن بدون اجرای برنامه (رژیم) خاصی برای لاغری، یا افزایش وزن (مثلاً تغییر وزن بدن بیش از پنج درصد در عرض یک ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً همه روزها. نکته: در کودکان نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت.
۴. کم خوابی یا پر خوابی به طور تقریباً هر روزه.
۵. سرآسیمگی یا کندی روانی-حرکتی در تقریباً همه روزها (برای دیگران مشهود باشد، نه اینکه فقط خود بیمار احساس ذهنی بی قراری یا کند شدن را گزارش کند).
۶. احساس خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً همه روزها.
۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که حتی ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز (صرف ملامت نفس یا احساس گناه به خاطر بیمار بودن کافی نیست).
۸. کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا احساس بلاتصمیمی، تقریباً هر روز (چه طبق گزارش بیمار از احساس ذهنی خود، چه بنا بر مشاهده دیگران).
۹. افکار عود کننده درباره مرگ (نه فقط ترس از مردن)، فکر مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه‌ای معین برای انجام خودکشی.
- ب) علایم مذکور واجد ملاک‌های دوره مشترک نباشد.
- پ) علایم از نظر بالینی رنج و عذاب چشمگیری برای بیمار ایجاد کرده باشد و یا کارکردهای او را در حوزه‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه‌های مهم زندگی مختل کرده باشد.

ت) علایم ربطی به اثرات جسمی مستقیم یک ماده (مثلاً ماده‌ای که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد، یا دارو) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل کمکاری تیروئید) نداشته باشد.

ث) داغیدگی، توجیه بهتری برای علایم نباشد، یعنی به دنبال از دست رفتن فرد محبوب، علایم بیش از دو ماه طول کشیده باشد، یا مختل شدن واضح کارکردها، اشتغال ذهنی شدید با احساس بی‌ارزشی، فکر خودکشی، علایم روانپریشی، یا کندی روانی - حرکتی به شکل مشخص وجود داشته باشد.

خصوصیات مرتبط با سن

افسردگی در سنین مختلف ممکن است خصوصیات متفاوتی داشته باشد. در دوران پیش از بلوغ شکایات جسمی، توهمات شنوایی (شنیدن صداهای ناموجود)، اضطراب و انواع فوبی‌ها بیشتر دیده می‌شود. در نوجوانی سوءمصرف مواد، رفتارهای ضداجتماعی، مسائل مربوط به مدرسه (فرار از مدرسه، مشکلات تحصیلی) و عدم رعایت بهداشت و در سالمندی فراموشی، حواس‌پرتی و نقص‌های شناختی (مانند اختلالات حافظه و گنجی) بیشتر مشاهده می‌شود.

خصوصیات پیوسته

ناراحتی‌های جسمانی نیز در بیماران بیشتر دیده می‌شود و ممکن است افسردگی را بپوشاند و بسیاری اوقات علل روانی دارد. سردرد، اختلالات گوارشی، یبوست، شکایات قلبی و ادراری-تناسلی از جمله آن‌ها هستند.

درمان

درمان‌های ضد افسردگی را می‌توان به دو دسته کلی دارویی و غیردارویی تقسیم کرد. اثربخشی هر دو این درمان‌ها در مطالعات فراوانی مشاهده شده‌است. در موارد شدید استفاده از داروهای ضد افسردگی بهترین گزینه‌است. این داروها در دهه‌های اخیر از نظر کمی و کیفی رشد فراوانی داشته‌اند به شکلی که امروزه دیگر فاقد عوارض شدید و ناتوان‌کننده هستند. کاردرمانی و روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری و در برخی موارد تحلیلی نیز در درمان افسردگی موثر هستند. در موارد خفیف‌تری که هنوز افسردگی در حد یک اختلال ظاهر نشده‌است، انجام کارهایی برای کاهش فشار و استرس از جمله خرد کردن کارهای بزرگ به کارهای کوچک، حق تقدم (برای) برخی (کارها) قرار دادن و انجام دادن هرآنچه که می‌توانید به همان اندازه که می‌توانید، ورزش معتدل (ملایم)، رفتن به یک سینما، شرکت کردن در یک (مراسم) مذهبی، اجتماعی، یا سایر فعالیت‌هایی که ممکن است به شما کمک کنند، صحبت و همنشینی با دوستان و خانواده، خودداری از مصرف الکل، برخورداری از رژیم غذایی متعادل و کم‌چرب، مثبت‌اندیشی، تماشای فیلم‌های خنده‌دار و شاد، رفتن به مسافرت، سهمیم شدن در فعالیت‌هایی که می‌تواند مفید باشد و احساس بهتری برای شما به وجود بیاورد.

انواع

- اختلال عاطفی فصلی نوعی افسردگی است که با کوتاه‌شدن روزها در فصل پاییز و زمستان سر رسیده و در بهار و تابستان از بین می‌رود.

• افسردگی پس از زایمان نوعی افسردگی که به فاصله کوتاهی پس از زایمان و بیشتر در زنهایی که از ناراحتی‌های روانی پیشین رنج می‌برده‌اند، ظاهر می‌شود.

از انواع دیگر افسردگی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: افسردگی عمده، افسردگی جزئی، افسردگی سایکوتیک . (۵۲)

اضطراب

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس زا بوده‌اند یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می‌شود. همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید غیرعادی و مشکل‌ساز است. تحقیقات و بررسی‌ها نشان می‌دهند که اضطراب در خانم‌ها، طبقات کم‌درآمد و افراد میان‌سال و سال‌خورده بیشتر دیده می‌شود.

تنیدگی (استرس) یا اضطراب

استرس و اضطراب در لغت جنبیدن، لرزیدن، تپیدن، پریشان‌حال شدن، یکدیگر را با چیزی زدن، بهم واگرفتن، آشفتگی، بی‌تابی، بی‌آرامی می‌باشد اینها کلماتی هستند که در زندگی روزمره، برای توصیف حالات و احساسات بسیار استفاده می‌شوند: به طور مثال، به‌هنگام سخنرانی در برابر جمع، به‌هنگام امتحان، به‌هنگام مشکلات مادی، تأخیر سر یک قرار و ... هنگامی که در شرایطی چون شرایط فوق، در سخنان خود از این دو کلمه استفاده می‌کنیم،

توجه چندانی به تفاوت موجود میان آن دو نداریم. ولی به طور مثال هنگام سخن گفتن از مشکلات روحی شایع در کودکان و نوجوانان، باید دقیق تر بود و تفاوت میان استرس و اضطراب را به خوبی درک کرد. در روان‌شناسی، اضطراب مرحله پیشرفته استرس مزمن است، که هنگامی به صورت یک مشکل بهداشت روانی در می‌آید که برای فرد یا اطرافیانش رنج و ناراحتی به وجود آورد یا مانع رسیدن او به اهدافش شود و یا در انجام کارهای روزانه و عادی او اختلال ایجاد کند.

اضطراب هنگامی در فرد بروز می‌کند که شرایط استرس‌زا در زندگی او بیش از حد طولانی شود یا به طور مکرر رخ دهد، و یا اینکه دستگاه عصبی بدن نتواند به مرحله مقاومت تنیدگی پایان دهد و بدن برای مدتی طولانی همچنان بسیج باقی بماند. در این صورت بدن فرسوده و در برابر بیماری‌های جسمی و روانی (مانند اضطراب) آسیب‌پذیر می‌شود.

علل اضطراب

به طور کلی علل اضطراب به سه عامل زیر برمی‌گردد:

• عوامل زیست‌شناختی و جسمانی:

در افراد مضطرب، میزان بعضی از هورمون‌های موجود در خون غیرعادی است. بنابراین هر آنچه که باعث اختلال در سیستم هورمونی شود، برای بدن خطر محسوب می‌شود. بارداری، کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، پایین بودن قند خون، وجود غده‌ای در غدد فوق‌کلیوی که هورمون اپی‌نفرین تولید می‌کند و بی‌نظمی ضربان‌های قلب از این عوامل هستند.

- عوامل محیطی و اجتماعی:

عوامل اجتماعی و ارتباطی بسیاری باعث به وجود آمدن اضطراب در افراد می شود، مانند مشکلات خانوادگی، احساس جدایی و طردشدگی،... از عوامل محیطی می توان تغییرات ناگهانی و غیرمنتظره را، همچون زلزله، بیماری، مرگ یکی از نزدیکان،... نام برد.

- عوامل ژنتیکی و ارثی:

یکی از مهم ترین عوامل اضطراب ژنتیک است و احتمال اضطراب در فرزندان افراد مضطرب بسیار بالا است. البته الگو قرار دادن رفتار پدر و مادر و یادگیری و تکرار کارهای آنان نقش مهمی در اضطراب فرزندان دارد (عامل اجتماعی)، ولی تحقیقات و بررسی های انجام شده بر روی حیوانات و دوقلوهایی که با هم یا جدا از هم زندگی می کنند و از والدین مضطرب به دنیا آمده اند، نشان می دهند که عوامل ژنتیکی نیز بسیار مؤثرند. با این وجود باور نمی رود که ژن به خصوصی در این مورد نقش داشته باشد، بلکه ترکیب بعضی از ژن ها چنین پیامدی را به دنبال دارد. طبق آخرین تحقیقات به نظر می رسد که عوامل ژنتیکی در بعضی انواع اضطراب مانند اختلال هراس و ترس از مکان های باز نقش زیادی دارد.

عوامل جانبی مؤثر در ابتلا به اضطراب

- طبق گفته های بعضی از متخصصان، تغذیه نادرست نیز در ابتلا به اضطراب نقش دارد. کمبود بعضی از اسید آمینه، منیزیم، اسید فولیک و ویتامین ب^{۱۲}، باعث تسریع در ابتلا به آن می شوند.

- استفاده از مواد مخدر و داروهای روان گردان

- برخی از ضایعه‌های مغزی (که باعث ایجاد علایمی شبیه به علایم اختلال وسواس می‌شوند).

انواع اختلالات اضطرابی

به طور کلی اختلالات اضطرابی شش نوع هستند که هر کس می‌تواند به یک یا چند نوع از آن دچار شود.

(۱) اختلال اضطراب فراگیر یا منتشر

این حالت در افرادی دیده می‌شود که به‌طور مداوم نگران وقوع اتفاقی هستند. موضوع این نگرانی‌ها می‌تواند بسیار متنوع باشد: نگرانی از بیمار شدن فرزندان، نگرانی از مرگ یکی از آشنایان، نگرانی از ته‌گرفتن غذا، ... این حالت به مرحلهٔ مقاومت استرس شباهت دارد و خطر چندانی ندارد.

از علایم آن می‌توان تپش قلب، بی‌قراری، خستگی، بی‌خوابی، تنگی نفس، اختلال در تمرکز و حافظه را نام برد.

(۲) اختلال هراس

این افراد دچار حملات اضطرابی ناگهانی می‌شوند که معمولاً چند دقیقه یا گاهی بیشتر به طول می‌انجامد. این حملات بسیار اتفاقی، و طوری رخ می‌دهند که عامل تحریک‌کنندهٔ اصلی مشخص نیست. افراد مبتلا به این نوع اضطراب اغلب جوان هستند.

احساس تنگی و فشردگی در قفسه سینه، تپش شدید قلب، عرق کردن، لرزش، گیجی، احساس از دست دادن تعادل،... از علایم آن هستند؛ ولی این علایم آنقدر گسترده هستند که افراد فکر می‌کنند دچار سکته قلبی شده‌اند و می‌ترسند که بمیرند.

(۳) ترس‌های ساده یا اختصاصی

ترس‌های خاص شایع‌ترین نوع ترس مرضی است که طی آن فرد از مواجهه با بعضی موقعیت‌ها، فعالیت‌ها یا اشیاء اجتناب می‌کند، مانند بعضی از حیوانات (عنکبوت، موش، مارمولک،...)، بلندی، دریا، خون، مرگ،... هر چیزی می‌تواند باعث این نوع اضطراب (که خطر خاصی به دنبال ندارد) بشود. ترس از مکان‌های بسته، ترس از اجتماع و ترس از مکانهای باز (که افراد مبتلا به آن از حضور در فضای باز و پر ازدحام و شلوغ و خروج از محیط منزل خودداری می‌کنند. این اختلال معمولاً در نوجوانی شروع می‌شود، ولی سابقه آن می‌تواند به دوران کودکی و تجربه اضطراب جدایی در آن زمان برگردد.) از این نوع اضطراب هستند.

(۴) اختلال اضطراب اجتماعی

این نوع ترس در اواخر کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود و ترس و شرمساری از اشتباه کردن، صحبت کردن در جمع، غذا خوردن، سرخ شدن یا لرزش صدا و... در برابر جمع است و با خجالت ساده تفاوت دارد. این حالت اضطراب مانع شناخت افراد جدید می‌شود و فرد را به انزوا و گوشه‌گیری می‌کشاند.

(۵) اختلال وسواس

در این حالت فرد افکار یا اعمالی را برخلاف میل خود تکرار می‌کند. این بیماری می‌تواند به صورت وسواس فکری یا وسواس عملی یا هر دو در فرد ظاهر شود. در وسواس فکری، فرد قادر نیست فکر، احساس یا عقیده‌ای تکراری و مزاحم را از ذهن خود بیرون کند. افکار وسواسی می‌توانند بسیار ناراحت کننده، وحشت‌آور یا وحشیانه باشد. افکار وسواسی می‌توانند باعث شوند که فرد به سمت عادات وسواسی گرایش پیدا کند، یعنی عمل یا اعمالی را به طور مکرر انجام دهد (وسواس عملی). مانند شستن مکرر دست‌ها، بالا کشیدن بینی،... اعمال وسواسی هیچ‌گونه توجیه منطقی ندارند.

(۶) اختلال تنش‌زای پس از رویداد

اختلال تنش‌زای پس از رویداد را به نام سندرم موج/ انفجار نیز می‌شناسند. این حالت مربوط می‌شود به حادثه‌ای (از قبیل جنگ، تصادفات شدید، سوانح طبیعی،...) که با استرس شدید هیجانی همراه است و شدت آن می‌تواند به هر کسی آسیب برساند. یک‌دوم افرادی که دچار چنین استرس شدیدی می‌شوند علائم مربوط به آن را (مانند خوابهای تکراری، خاطراتی مبهم ولی فراگیرنده، از دست رفتن تعادل و پرخاشگری شدید،...) پس از گذشت حدود سه ماه از دست می‌دهند. هرچه اقدام‌های لازم برای درمان زودتر انجام گیرد، احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه کمتر می‌شود. در صورتی که این حالت بیش از چند ماه طول بکشد، احتمال این که تا آخر عمر با فرد باقی بماند بسیار زیاد می‌شود.

اضطراب در کودکان و نوجوانان

تشخیص اضطراب و درمان آن در کودکان و نوجوانان بسیار مهم است، چون شخصیت آنان طی این دوره شکل می‌گیرد. بسیاری از کودکان زمانی که در شرایط جدیدی قرار می‌گیرند، دچار اضطراب می‌شوند و واکنش‌های متعددی را از خود بروز می‌دهند (لکنت زبان، آویزان شدن به پدر و مادر، خجالتی شدن، جویدن ناخن، ...) وظیفه والدین در این موقعیت این است که با او با صبر و حوصله برخورد کنند و به او اعتماد به نفس لازم را برای مواجهه با آن شرایط بدهند. تشویق والدین در ارتباط برقرار کردن فرزندان با محیط خارج از خانه و افراد غیر فامیل بسیار مؤثر است. بسیاری از والدین از این احساس فرزندان تا روزی که به مشکل برخوردند (مثل اولین روز مدرسه) بی‌اطلاع هستند. یکی از شایع‌ترین دلایل دل‌درد و حالت تهوع که در کودکان دبستانی دیده می‌شود، ترس و اضطراب آن‌ها از مدرسه است. نگرانی پدر و مادر (از ورود تازه‌کودک به مدرسه، وضعیت درسی او و ...) باعث انتقال آن به فرزند می‌شود و اضطراب او را افزایش می‌دهد. از اختلالات اضطرابی شایع در کودکان می‌توان اضطراب اجتماعی، ترس از مدرسه، اضطراب امتحان و اضطراب جدایی را نام برد.

با بزرگ شدن کودک و پا گذاشتن به دوران نوجوانی ممکن است اختلالات اضطرابی جدیدی در او پدید آید. در این زمینه می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

- اضطراب ناشی از پذیرفته نشدن از جانب همسالان

نوجوانان در این مرحله از زندگی خویش به شدت به همسالان خود گرایش دارند و به دنبال برقراری ارتباط و دوستی با آنان هستند. والدین باید نیاز طبیعی مورد توجه همسالان قرار گرفتن فرزندشان را درک کنند و برای دوستان او احترام قائل باشند. همچنین حفظ اعتبار و شخصیت نوجوان در مقابل همسالان بسیار مهم است. ترس از برقرار کردن روابط عاطفی و اجتماعی و سرزنش‌های والدین در انتخاب دوستان به دلیل متفاوت بودن فرهنگ و آداب و رسوم و ارزش‌های خانواده‌ها، باعث اضطراب در نوجوان می‌شود. برای جلوگیری از پنهان کاری، پدر و مادر باید در زمان مناسب و با منطق و ملایمت او را متوجه نتایج نامطلوب بعضی از معاشرت‌ها کنند.

- تغییرات جسمی

نگرانی و اضطراب در این مورد می‌تواند ناشی از دیررسی یا زودرسی بلوغ، احساس خجالت، نا آگاهی و یا ترس از شرایط جدید و ناتوانی در تطابق دادن رفتار خود با این شرایط باشد. برای جلوگیری از اضطراب، پدر و مادر یا مربیان باید به طور مناسب و شایسته، نوجوان را (قبل از پیدایش علائم ثانویه بلوغ) در جریان مسائل مربوط به تغییرات جسمانی و آثار روانی آن بگذارند.

- بروز رفتارهای پرخاشگرانه

مخالفت با افراد مختلف در خانه و یا خارج از آن، از خصوصیات بعضی از نوجوانان است که ممکن است با پرخاشگری کلامی یا غیر از آن همراه باشد. عدم توانایی کنترل این رفتار پرخاشگرانه باعث اضطراب در بسیاری از نوجوانان می‌شود. برای جلوگیری از این حالت،

تربیت مناسب والدین، مقاوم ساختن فرزند در برابر سختی‌ها از دوران کودکی و ایجاد امنیت روانی می‌تواند مؤثر واقع شود. امر و نهی‌های غیر اصولی و محدودیتهای بی مورد در کسب استقلال و آزادی، باعث تحریک عصبانیت و خشم‌های کنترل نشده در نوجوانان می‌شود. والدین باید به نوجوان بیاموزند که به هنگام خشم، منطقی برخورد کند و بدون توهین و تحقیر دیگران عواطف خود را بیان کند. همچنین باید به او بفهمانند که نحوه برخورد دیگران با او تا حدی نتیجه رفتار خود او با دیگران است.

• ترس از مستقل شدن

یکی از عمومی ترین نیازهای نوجوانان داشتن استقلال و آزادی است. کسب استقلال در بسیاری از نوجوانان باعث اضطراب می‌شود. از جمله مشکلاتی که طی دستیابی به استقلال در نوجوانان دیده می‌شود، تضاد و دوگانگی است. یعنی نوجوانان با این که می‌خواهند و می‌دانند که باید مستقل شوند، از استقلال می‌ترسند. ناآگاهی از وضعیت پس از استقلال، یکی از دلایل اصلی این امر است. برای جلوگیری از ابتلا به اضطراب و دوگانگی، والدین باید به نوجوان اعتماد به نفس و جرأت تجربه کردن دهند و برای او امنیت روانی فراهم کنند. دادن مسئولیت و فرصت به نوجوان و اجازه اظهار نظر و تصمیم درباره امور مربوط به خود، بدون تنبیه و تحقیر او به خاطر اشتباهاتش، باعث می‌شود تا او از خطاهایش عبرت بگیرد، راه‌های مختلف زندگی را بیاموزد و برای مستقل شدن آماده شود.

راه‌های پیشگیری از اضطراب

برای جلوگیری از اضطراب راه‌های مختلفی وجود دارند. می‌توان موارد زیر را مثال زد:

- رژیم غذایی سالم

استفاده از غذاهای متنوع و حاوی انواع مواد لازم به میزان متعادل در حفظ سلامت بدن نقش اساسی دارد.

- فعالیت بدنی به طور منظم

ورزش کردن به خصوص به طور منظم یکی از راههای پیشگیری و درمان اضطراب است . پیاده روی تند و سریع به مدت ۴۰ دقیقه میزان اضطراب را به طور متوسط تا ۱۴٪ کاهش می‌دهد. به علاوه، ورزش کردن باعث بالا رفتن کارایی دستگاه تنفسی و گردش خون، حفظ تعادل وزن و شادابی فرد می‌شود. ورزش هایی نیز چون یوگا باعث افزایش آرامش می‌شوند و در جلوگیری از اضطراب بسیار مفیدند.

- افزایش اعتماد به نفس

اعتماد به نفس بالا باعث می‌شود تا بدن بتواند از حداکثر از نیروی خود برای مقابله با استرس استفاده کند.

- عدم گوشه نشینی و اجتماعی بودن

هنگامی که افراد دچار فشار روانی می‌شوند، به طور غریزی از صحنه عمل و اجتماع کناره‌کشیده و به گوشه ای پناه می‌برند، در حالی که گوشه‌گیری باعث تشدید استرس می‌شود. ارتباط با افراد و دوستان، به خصوص کودکان که می‌توانند فرد را به خنده وادارند، باعث از یاد رفتن نگرانی حتی برای مدتی کوتاه می‌شود.

- حمایت اجتماعی

وجود حمایت اجتماعی در زندگی هر فرد باعث می‌شود تا او در مقابل بحران‌های زندگی برای دفاع از خود سپری داشته باشد که به آن تکیه کند. حمایت اجتماعی، احساس امنیت و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد و فرد را در مقابل استرس و فشار روانی مقاوم‌تر می‌سازد.

- اندیشیدن به زمان حال

اندیشیدن به زمان حال و کنار گذاشتن رؤیاهای و آرزوهای برای موقعیت‌های مناسب‌تر آرامش ذهنی را افزایش می‌دهد. همچنین مشغول کردن ذهن به کاری که در حال انجام است و فکر نکردن به زمینه‌های اضطراب‌زای آن بسیار مؤثر است.

- کسب اطلاعات در مورد شرایط تنش‌زا

بی‌اطلاعی از موقعیت فشارآور باعث استرس و اضطراب بیش‌تری در افراد می‌شود. کسب آگاهی و اطلاع از شرایط و مواردی فرد که با آن‌ها مواجه خواهد شد سبب می‌شود که کمتر دچار نگرانی و دلوپسی شود. به‌طور مثال در جریان گذاشتن بیماران از نحوه عمل و دردهای پس از آن باعث می‌شود تا آنان کمتر دچار اضطراب شوند.

- خندیدن

خنده از سالمترین راه‌های جلوگیری از فشار روانی است. به‌هنگام خنده هورمونی ضد درد (که باعث احساس خوشی و سلامتی در شخص می‌شود) در مغز آزاد می‌شود و میزان هورمونهای استرس‌زا در خون پایین می‌آید.

- ابراز هیجان بر روی کاغذ

نوشتن ساده هیجانات و احساسات بر روی کاغذ موجب تسکین فشارهای روانی ناشی از رویدادهایی چون از دست دادن شغل، مشکلات خانوادگی و ... می‌شود.

درمان اضطراب

بعضی از موارد اضطراب اصولاً بیماری نیستند و بدون نیاز به پزشک می‌تواند درمان شود. به این موارد، اضطراب طبیعی می‌گویند که طی آن اضطراب به خوبی توسط بیمار کنترل و برطرف می‌شود (مثل اضطراب ناشی از امتحان). اضطراب طبیعی می‌تواند با روشهایی از قبیل حمام گرفتن به مدت طولانی، تنفس عمیق، صحبت کردن با شخصی مورد اعتماد، استراحت در یک اتاق تاریک و ... تحت کنترل درآید.

مراجعه به پزشک زمانی ضروری می‌شود که خود درمانی فرد جواب ندهد، یا فرد دچار هراس بیش از حد یا علایمی جدید و غیر قابل توجیه شود. در آن صورت پزشک درمان دارویی یا درمان غیر دارویی (روش‌های کلاسیک) را به او پیشنهاد می‌کند. از داروهایی که امروزه برای درمان اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توان فلوکستین (پروزاک)، داروهایی از خانواده بنزودیازپینها (برای مدت کوتاه)، سرتالین و ... را مثال زد. درمانهای دارویی گاه در برخی بیماران دارای عوارضی هستند. از بین درمانهای غیردارویی می‌توان تن‌آرامی (آرام‌سازی) حساسیت زدایی، توقف تفکر، سرمشق دهی بیوفیدبک و ... را مثال زد. در این روش‌ها به بیمار آموزش داده می‌شود که بدن خود را برای مقابله مؤثر و مستقیم با عوامل تنش‌زا آماده کند. (۵۲)

اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی (یا شیدایی - افسردگی) نوعی اختلال خلقی و یک بیماری روانی است. افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند. اختلال دوقطبی به صورت معمول در آخر دوره نوجوانی یا اوایل دوره بزرگسالی تظاهر پیدا می‌کند. این بیماری انواع مختلفی دارد که مهمترین انواع آن اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال دوقطبی نوع دو است. تفاوت این دو اختلال در وجود دوره شیدایی است؛ در نوع یک این حالت اتفاق می‌افتد ولی در نوع دو فرم خفیف‌تری از آن که نیمه‌شیدایی است، بروز می‌کند. شروع بیماری معمولاً با دوره‌ای از افسردگی می‌باشد و پس از یک یا چند دوره از افسردگی، دوره شیدایی بارز می‌شود. در تعداد کمتری از بیماران شروع بیماری با دوره شیدایی یا نیمه-شیدایی است. دوره‌های شیدایی از چند روز تا چند ماه به طول می‌انجامد و معمولاً شدت آنها باعث می‌شود که بیمار نیازمند درمان جدی به صورت بستری یا همراه با مراقبت زیاد باشد. با فروکش کردن علایم، به خصوص در اوایل سیر بیماری، معمولاً فرد به وضعیت قبل از بیماری خود برمی‌گردد و به همین دلیل بسیاری از بیماران یا خانواده‌های آنان تصور می‌کنند بیماری کاملاً ریشه کن شده و دیگر نیازی به ادامه درمان وجود ندارد. بنابراین درمان خود را قطع می‌کنند. اما قطع زودهنگام درمان خطر برگشت بیماری را بسیار افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که بیماری در فاصله چند ماه عود کند.

نشانه‌ها

دوره شیدایی

دوره شیدایی^{Mania} مشخصه تشخیص اختلال دوقطبی است. این بیماری با توجه به شدت این دوره طبقه‌بندی می‌شود. بیماران مبتلا ممکن است ناگهان از اوج شادی و خوشحالی به اوج غم و اندوه فرو روند و ارتباطی بین خلق بیمار و آنچه واقعاً در زندگی بیمار رخ می‌دهد وجود ندارد. دوره شیدایی می‌تواند شدت مختلفی از شیدایی خفیف (نیمه-شیدایی) تا شیدایی کامل با علائم جنون‌آمیز نظیر توهم یا کاتاتونیا، داشته باشد. در این دوره تمرکز کاهش پیدا می‌کند، نیاز به خواب کم می‌شود و بیمار توهم خودبزرگ‌بینی پیدا می‌کند. قضاوت بیمار ممکن است مختل شود و دست به ولخرجی‌های غیرمعمول یا رفتارهای غیرطبیعی بزند.

برخی از علائم و نشانه‌های این بیماری شامل موارد زیر می‌شود:

- بی‌قراری، افزایش انرژی و میزان فعالیت
- خلق خیلی بالا و احساس نشاط شدید همراه با احساس خودبزرگ‌بینی
- تحریک پذیری مفرط
- صحبت کردن بی‌وقفه، مسابقه افکار، پریدن از موضوعی به موضوع دیگر با سرعت

خیلی زیاد

- عدم توانایی برای تمرکز، حواس‌پرتی
- کاهش نیاز به خواب

- اعتقادات غیرواقعی در مورد توانمندی‌ها و قدرت فرد
- قضاوت ضعیف
- ولخرجی و یا خساست
- رفتار متفاوت از حالت معمول که مدتی طولانی ادامه داشته‌است
- افزایش تمایلات جنسی
- نشان دادن حرکات و تصمیم‌های ضدونقیض از خود
- سوء مصرف داروها و مواد مخدر، الکل و داروهای محرک
- رفتارهای اغواگرانه، مداخله جویانه، و پرخاشگرانه

دوره افسردگی (خلق پایین)

افسردگی می‌تواند قبل یا بعد از دوره شیدایی در این بیماران ایجاد شود. درصد کمی از بیماران ممکن است در طول بیماری خود اصلاً افسردگی را تجربه نکنند.

دوره نیمه-شیدایی

دوره نیمه-شیدایی همان دوره شیدایی با شدت کمتر است که در آن علائم جنون و خودبزرگ‌بینی وجود ندارد. بسیاری از بیماران در دوره نیمه-شیدایی فعال‌تر از حالت عادی هستند، در حالی که بیماران در دوره شیدایی به دلیل کاهش تمرکز در فعالیت‌های خود دچار مشکل می‌شوند. خلاقیت در بعضی بیماران نیمه-شیدا افزایش پیدا می‌کند. بسیاری از بیماران علائم Hypersexuality را نشان می‌دهد. دوره نیمه-شیدایی ویژگی اختلال دوقطبی نوع دوم و اختلال خلق ادواری است اما می‌تواند در اختلال روان‌گسیختگی

عاطفی (Schizoaffective) نیز ظاهر شود. نیمه-شیدایی ویژگی اختلال دوقطبی نوع اول نیز هست و زمانی رخ می‌دهد که خلق بیمار بین وضعیت‌های عادی و شیدایی نوسان می‌کند.

دوره خلق ترکیبی

خلق ترکیبی یا (Mixed State) وضعیتی است که در آن هر دو علائم شیدایی و افسردگی به طور همزمان بروز می‌کنند (مثلاً تحریک‌پذیری، اضطراب، خستگی، احساس گناه، پرخاشگری، تفکرات خودکشی، ترس، شک یا پارانویا، صحبت بی‌وقفه و خشم). به عنوان نمونه، حالت گریه در وضعیت شیدایی یا تفکرات سریع در وضعیت افسردگی است. حالت‌های ترکیبی معمولاً خطرناک‌ترین دوره در بیماری‌های خلقی هستند زیرا رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، بیماری پانیک و اقدام به خودکشی تا حد زیادی افزایش پیدا می‌کنند.

تشخیص و زیردسته‌ها

معمولاً اختلال دوقطبی به زیردسته‌های زیر طبقه‌بندی می‌شود:

اختلال دوقطبی نوع اول

وجود یک یا چند دوره شیدایی. وجود دوره افسردگی یا نیمه‌شیدایی برای تشخیص الزامی نیست اما گاهی اوقات اتفاق می‌افتد.

اختلال دوقطبی نوع دوم

عدم وجود دوره شیدایی، وجود یک یا چند دوره نیمه‌شیدایی و یک یا چند دوره افسردگی اساسی.

اختلال خلق ادواری

دوره‌های نیمه-شیدایی همراه با دوره‌هایی از افسردگی که به اندازه افسردگی اساسی نباشند.

تناوب سریع

بیشتر افرادی که دارای اختلال دوقطبی تشخیص داده می‌شوند، دارای تعداد دوره، به متوسط ۰٫۴ تا ۰٫۷ در سال، با طول سه تا شش ماه هستند. تناوب سریع به افرادی اطلاق می‌شود که بیشتر از سه دوره در سال را تجربه می‌کنند. بخش قابل توجهی از بیماران دوقطبی شامل این عنوان می‌شوند. در برخی منابع عناوین تناوب بسیار سریع و تناوب به شدت سریع یا تناوب بسیار بسیار سریع تعریف شده‌اند. یک تعریف از تناوب بسیار بسیار سریع، تغییر خلق در طول بازه ۲۴ تا ۴۸ ساعت است.

علل پیدایش

اگرچه دلیل قطعی برای این اختلالات هنوز شناخته نشده‌است، اما محققان بر این باورند که اختلالات دوقطبی منشأ ارثی دارد و ترکیب ژنتیکی افراد بیشتر از تربیت آنها در این اختلالات موثر است. ممکن است مشکل فیزیکی در قسمتی از مغز که کنترل حالات روانی را

به عهده دارد عامل این اختلالات باشد. به این دلیل است که این اختلالات با دارو قابل کنترل هستند. همچنین نوسانات خلقی ممکن است گاهی توسط استرس و یا بیماری بوجود بیایند.

بیماران مشهور

از افراد مشهور مبتلا به این بیماری می‌توان ونسان ونگوگ، لودویگ ون بتهوون، ناپلئون بناپارت، ارنست همینگوی، وینستون چرچیل، بریتنی اسپیرز، امی واینهاوس و کاترین زتا جونز را نام برد. چرچیل این بیماری را سگ سیاه می‌نامید. (۵۳)

فصل دوم

بررسی متون

بررسی متون

- در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ توسط Li Weihui-Hung-xia انجام شد تأثیر عقاید ناکارآمد بر خواب و اختلالات خواب قبل و بعد از درمان با آنتی دپرسنت (Anti-depressant) در بیماران با افسردگی مازور بررسی شده که بعد از ۴ هفته درمان علائم افسردگی و نگرانی به طور واضحی کاهش یافته ولی اختلالات خواب باقی مانده است. عقاید و اعتقادات غلط در مورد خواب شامل نتایج اختلالات خواب، نگرانی در مورد بی‌خوابی و انتظار از خواب واضحاً نمره بالاتری را گرفته است که نشان می‌دهد با توجه به از بین رفتن علائم کلینیکی، هنوز مشکلاتی وجود دارد که نیاز به توجه بیشتر دارد (۵۴).

- در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ توسط Josep.Goldberg و Rachel Gerstein در نیویورک انجام شد. مطالعه بر روی ۳ گروه Unipolar depressed, Bipolar manic و یک گروه کنترل غیرروانی انجام شد، که در مقایسه میانگین عقاید غلط، گروه افسردگی از دو گروه دیگر بالاتر بوده و گروه بای پلارمیانگین عقاید غلط متوسطی را نشان می‌دهد (۵۵).

- در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Collen.Carney و Jack.Edingar در تورنتو کانادا انجام شد، مطالعه بر روی ۵ گروه اختلال خواب اولیه، افراد با خواب مناسب، Fibromyalgia، افسردگی مازور و گروه اختلالات خلقی انجام شد که در آنها از جهت (DBAS-16) مقایسه انجام شده و به جز گروه با خواب مناسب در ۳ گروه MDD، Fibromyalgia و اختلالات خلقی امتیازات DBAS-16 بالاتر نشان داده شده که مشابه یا

پاتولوژیک‌تر از گروه اختلال خواب اولیه است و نتیجه اینکه مانند بیماران با اختلال خواب اولیه در سایر گروه‌های بیماران با خواب مختل عقاید غلط خواب وجود دارد و درمان این عقاید می‌تواند در برطرف کردن مشکل خواب مفید باشد. (۵۶)

- در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ توسط Bogdan Voinescu و Andrew Coogan بر روی دو گروه (بیماران با افسردگی و گروه کنترل سالم) انجام شد، به این نتیجه رسیدند که عقاید غلط در مورد خواب اندکی با کیفیت خواب ارتباط دارد. در این مطالعه اختلاف واضحی بین گروه‌ها از جهت عقاید ناکارآمد وجود نداشت و اینگونه فرض شده که عقاید ناکارآمد در مورد خواب به عنوان علت اولیه اختلال خواب به شمار نمی‌آید. (۵۷)

در مطالعه سال ۲۰۱۰ توسط colleen G. Carney آنالیز گروه‌ها مشخص کرد که در افراد گروه اختلال خواب عوام و گروه وابسته به خواب آورها میزان عقاید غلط در مورد خواب بیشتر از گروه‌های دیگر (خواب خوب، اختلال خواب اولیه و همراه با بیماری‌های دیگر) است. (۵۸)

Sheila N Garl در سال ۲۰۱۴ رفتاردرمانی در بیماران سرطانی با اختلال خواب را مورد بررسی قرار داد که در این رفتاردرمانی باید از تکنیک‌های تغییر رفتاری با هدف تغییر عقاید غلط در مورد خواب و عادات خواب استفاده شود. با کمک رفتاردرمانی در بیماران سرطانی تا حدودی اختلالات خواب بهبود می‌یابد. (۵۹)

مطالعه دیگری در کانادا در سال ۲۰۱۴ توسط Caroline Desautels با همین هدف انجام شد که ارتباط واضحی بین عقاید ناکارآمد در مورد خواب و بی‌خوابی در بیماران سرطانی

را نشان داد و همچنین عقاید ناکارآمد در ایجاد و ادامه اختلال خواب در بیماران سرطانی

نقش دارد و به این ترتیب رفتاردرمانی در رفع اختلال خواب نقش مهمی داشت. (۶۰)

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ توسط Alice Theadom انجام شد به عقاید ناکارآمد و

استرس و اختلال خواب در بیماران با libromyalgia پرداخته شد که در این بیماران سطح

بالایی از عقاید ناکارآمد درباره خواب و استرس بیشتری وجود داشت. همچنین با افزایش

این عقاید ناکارآمد و استرس از کیفیت خواب کاسته شده و اختلال خواب افزایش یافته و

در طول روز دچار اختلال کارکرد شده‌اند. (۶۱)

در مطالعه Alice Geyory در سال ۲۰۰۸ ارتباط بین عقاید ناکارآمد در مورد خواب با

اختلالات خواب در کودکان مورد بررسی قرار گرفت و کودکان دو پرسشنامه (DBAS,

Sleep Self Report) را کامل کردند و به طور خلاصه در این مطالعه اطلاعات مقدماتی در

مورد نسخه معادل پیشرفته DBAS به دست آمد و مشخص کرد که عقاید و روشهای

ناکارآمد در مورد خواب در اختلالات خواب کودکان نقش دارد و چندین حوزه در مورد

معادل‌سازی پیشرفته DBAS در کودکان را به خوبی نشان داد. (۶۲)

در مارچ ۲۰۱۲ Mc Lytton و همکاران کیفیت خواب، میزان خواب آلودگی روزانه و

شناخت میزان خواب را در سه گروه: سفیدپوستان استرالیایی و سیاه پوستان مهاجر قنایی

و زیمبابوهای مورد بررسی قرار داد که یافته‌ها از این مطالعه مشخص کرده است که نقش

فاکتورهای سایکولوژیک در مشکلات خواب در بین جمعیت آفریقایی مهاجر کم است و این

موضوع نیاز به تحقیق بیشتر دارد. عقاید ناکارآمد بخصوص در مورد دلایل و نتایج

بیخوابی سطح بالاتری را در مهاجران نسبت به سفیدپوستان استرالیایی داشته است.

بنابراین در آموزش خواب هدفمند مهاجران آفریقایی اهمیت بیشتر به ارتباط بین خواب و

مشکلات سایکولوژیک می‌تواند کمک‌کننده باشد. (۶۳)

اهداف:

هدف اصلی طرح:

تعیین فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار اختلالات روانپزشکی (افسردگی ماژور، بای پلار، اضطراب)

اهداف فرعی:

۱- تعیین فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار افسردگی ماژور در ارتباط با سن و جنس

۲- تعیین فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران بای پلار در ارتباط با سن و جنس

۳- تعیین فراوانی عقاید غلط در مورد خواب در بیماران دچار اختلالات اضطرابی در ارتباط با سن و جنس

اهداف کاربردی:

تعیین عقاید غلط در مورد خواب در این بیماران به درمان بیماری اصلی آنان نیز کمک خواهد کرد.

فرضیه‌ها یا سؤال‌های پژوهش:

۱- فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار افسردگی ماژور در ارتباط با سن و جنس چقدر است؟

۲- فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران بای پلار در ارتباط با سن و جنس چقدر است؟

۳- فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در بیماران دچار اختلالات اضطرابی در

ارتباط با سن و جنس چقدر است؟

فصل سوم

مواد و روش ها

مواد و روش

نوع مطالعه

مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی بود.

جامعه مورد مطالعه و روش نمونه‌گیری

بیماران افسردگی، اضطراب و بایپلار که به صورت سرپایی به درمانگاه بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین مراجعه کرده بودند و یا در این بیمارستان بستری بودند، انتخاب شده و در این طرح پرسشنامه توسط این افراد تکمیل گردیده است.

روش اجرا و طراحی تحقیق

این مطالعه به صورت مقطعی در بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. پرسشنامه بین بیماران هدف توزیع گردید که تعداد ۱۸۰ پرسشنامه برگردانده شد که از بین آنها تعداد ۱۵۰ پرسشنامه کامل بود که وارد مطالعه گردید. پرسشنامه موردنظر حاوی اطلاعات دموگرافیک در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل و اشتغال بود. ابتدای پرسشنامه سؤالاتی در مورد عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب و در ادامه تعدادی سؤال در مورد کیفیت و الگوی خواب پرسیده شد. سؤالات در مورد عقاید ناکارآمد شامل نیاز به ۸ ساعت خواب در شب، جبران بی‌خوابی شب گذشته، اثرات سوء بی‌خوابی بر سلامتی بدن، عدم کنترل روی خواب، تداخل بی‌خوابی با فعالیتهای روزانه، نیاز به مصرف خواب‌آورها، تحریک‌پذیری ناشی از بی‌خوابی و بود که جواب‌ها به صورت امتیازدهی از صفر تا ۵ در نظر گرفته شده که امتیاز نزدیک به ۵ به عقاید غلط متمایل‌تر خواهد بود.

الگو و کیفیت خواب شامل میزان خواب شبانه، زمانی که طول می‌کشد به خواب بروید، مدت زمان بیداری در طول شب، عادت معمول خواب، چگونگی به خواب رفتن، درجه‌بندی کیفیت خواب طی ماه گذشته، مشکل در شروع خواب، بیدار شدن طی خواب، بیدار شدن زودتر از تمایل از خواب، رضایت از الگوی خواب و میزان ناراحتی از مشکل خواب بود که جواب‌ها شامل ۵ گزینه قابل انتخاب بود.

در این مطالعه از پرسشنامه DBAS-16 استفاده شد که ۱۶ مورد داشته که برای شناسایی و ارزیابی شناخته‌های مختلف در مورد خواب و بی‌خوابی است. به عنوان مثال (باورها، نگرش‌ها، انتظارات و ارزیابی). مخزن اولیه موارد از تجربه بالینی با بیماران بی‌خوابی و از مفهوم روانی از بی‌خوابی گرفته شده است. در این پرسشنامه یک نمونه از دامنه گسترده‌ای از باورها، افکار و نگرانی‌های ابراز شده توسط بیماران با بی‌خوابی انتخاب شده است. این باورها در محدوده ۵ تم مفهومی دسته‌بندی شده است:

(۱) تصورات غلط در مورد علل بی‌خوابی، به عنوان مثال: من باور دارم بی‌خوابی اساساً ناشی از عدم تعادل شیمیایی است.

(۲) تخصیص اشتباه و افزایش پیامدهای آن، به عنوان مثال: من نگران هستم که بی‌خوابی مزمن عواقب جدی به سلامت جسمانی من داشته باشد.

(۳) انتظارات غیرواقعی از خواب، به عنوان مثال: من برای احساس خوشی و عملکرد خوب در طی روز نیاز به ۸ ساعت خواب دارم.

۴) کاهش قدرت کنترل و پیش‌بینی خواب، به عنوان مثال: وقتی من یک شب بد می‌خوابم برنامه خواب کل هفته من مختل می‌شود.

۵) باورهای غلط در مورد شیوه‌های خواب، به عنوان مثال: وقتی من به خواب نمی‌روم باید در تخت‌خواب بمانم و بیشتر تلاش کنم. (۶۶-۶۵-۶۴)

محدودت اجرایی

با توجه به اینکه جهت انجام این طرح نیاز به همکاری سه گروه از بیماران سایکیاتریک بود، عدم همکاری آنان از محدودیت‌های مهم اجرای این طرح بود. بسیاری از بیماران تمایلی به پرکردن پرسشنامه را نداشتند و در نهایت از تعداد پرسشنامه‌هایی که آنالیز شد کاسته شد. محدودیت دیگر استفاده بیماران (به‌خصوص افراد بستری) از داروهای سایکیاتریک بود که می‌توانست بر روی پر کردن پرسشنامه‌ها تأثیرگذار باشد.

محدودیت اخلاقی

به کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. در صورت ارائه اطلاعات، اطلاعات به صورت کلی و بدون نام اعلام خواهد شد. دادن یک کد محرمانه به افراد تحت مطالعه در صورت تمایل به آگاهی از نتایج ارزیابی شخصی آنها، در اختیارشان قرار داده شد.

فصل چهارم

نتایج و یافته‌ها

نتایج و یافته‌ها

- در این مطالعه تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۵۰ نفر با اختلال اضطراب، ۵۰ نفر با افسردگی ماژور و ۵۰ نفر با اختلال بای‌پلار بودند که هر کدام ۳۳/۳٪ بودند.

- میانگین سنی افراد با اختلال اضطراب ۳۳/۰۲ با انحراف محور ۱۰/۲۶۱، افراد با افسردگی ماژور ۳۸/۰۴ با انحراف محور ۱۵/۸۱۹ و افراد با اختلال بای‌پلار ۳۷/۲۰ با انحراف محور ۸/۶۴۳ بود.

- محدوده سنی افراد با اختلال اضطراب از ۱۸ تا ۷۴ سال، افراد با افسردگی ماژور ۱۹ تا ۹۰ سال و افراد با اختلال بای‌پلار ۲۴ تا ۶۳ سال بود (P value 0/084)

جدول شماره ۱: توزیع جنسیت افراد شرکت کننده در مطالعه

P value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۹۱۹	۹۳	۳۱	۳۰	۳۲	تعداد	مرد
	۱۰۰	۳۳/۳	۳۲/۳	۳۴/۴	درصد نسبت به جنسیت	
	۶۲	۶۲	۶۰	۶۴	درصد نسبت به نوع	
	۶۲	۲۰/۷	۲۰	۲۱/۳	درصد کل	
	۵۷	۱۹	۲۰	۱۸	تعداد	زن
	۱۰۰	۳۳/۳	۳۵/۱	۳۱/۶	درصد نسبت به جنسیت	
	۳۸	۳۸	۴۰	۳۶	درصد نسبت به نوع	

	۳۸	۱۲/۷	۱۳/۳	۱۲	درصد کل	
--	----	------	------	----	---------	--

جدول شماره ۲ : توزیع اشتغال افراد شرکت کننده در مطالعه

P value	کل	نوع				
		بای پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۸۷	۸۰	۳۳	۲۳	۲۴	تعداد	شاغل
	۵۳/۳	۶۶	۴۶	۴۸	درصد براساس نوع	
	۷۰	۱۷	۲۷	۲۶	تعداد	بیکار
	۴۶/۷	۳۴	۵۴	۵۲	درصد براساس نوع	

جدول شماره ۳ : توزیع تأهل افراد شرکت کننده در مطالعه

P value	کل	نوع				
		بای پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۴۰۶	۱۰۶	۳۸	۳۶	۳۲	تعداد	متأهل
	۷۰/۷	۷۶	۷۲	۶۴	درصد براساس نوع	
	۴۴	۱۲	۱۴	۱۸	تعداد	مجرد
	۲۹/۳	۲۴	۲۸	۳۶	درصد براساس نوع	

۱۵۰ نفر شرکت کنندگان در این مطالعه به سؤالات ۱ تا ۱۶ که گزینه‌های آن از صفر تا پنج بود، اینگونه پاسخ دادند:

* پاسخ به سؤال ۱ در مورد نیاز به ۸ ساعت خواب جهت احساس سرحالی و عملکرد خوب در طی روز، به طور میانگین $4/71$ با انحراف محور $0/936$ بود که 88% به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۲ در مورد چرت زدن یا خوابیدن طولانی بعد از یک شب بی‌خوابی، به طور میانگین $4/13$ با انحراف محور $1/459$ بود که 66% به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۳ در مورد نگرانی از اثرات سوء بی‌خوابی بر سلامتی بدن، به طور میانگین $4/09$ با انحراف محور $1/628$ بود که 70% به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۴ در مورد نگرانی از دست دادن کنترل روی خواب، به طور میانگین $3/37$ با انحراف محور $2/001$ بود که $50/7\%$ به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۵ در مورد تداخل با فعالیت روزانه بعد از یک شب بدخوابیدن، به طور میانگین $3/75$ با انحراف محور $1/683$ بود که 52% به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۶ در مورد استفاده از داروهای خواب آور، به طور میانگین $2/47$ با انحراف محور $2/179$ بود که 32% به گزینه ۵ و 36% به گزینه صفر پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۷ در مورد احساس غمگینی، اضطراب و تحریک‌پذیری بعد از یک شب بی‌خوابی، به طور میانگین $3/13$ با انحراف محور $2/071$ بود که $41/4$ به گزینه ۵ و $19/3\%$ به گزینه صفر پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۸ در مورد اختلال در برنامه خواب هفتگی در صورت یک شب بی‌خوابی، به طور میانگین ۲/۳۶ با انحراف محور ۲/۱۱۲ بود که ۳۴/۷٪ به گزینه صفر و ۲۷/۳٪ به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۹ در مورد مشکل در عملکرد روز بعد در صورت خواب ناکافی، به طور میانگین ۳/۶۸ با انحراف محور ۱/۷۵۱ بود که ۵۴/۷٪ به گزینه ۵ و ۱۰/۷٪ به گزینه ۴ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۰ در مورد توانایی پیش‌بینی خواب خوب یا بد، به طور میانگین ۳/۴۷ با انحراف محور ۱/۹۵۸ بود که ۵۲/۷٪ به گزینه ۵ و ۱۵/۳٪ به گزینه صفر پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۱ در مورد عدم توانایی در کنترل پیامدهای ناشی از بدخوابیدن، به طور میانگین ۳/۲۱ با انحراف محور ۱/۹۱۵ بود که ۳۹/۳٪ به گزینه ۵ و ۱۸/۷٪ به گزینه ۴ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۲ در مورد دلیل احساس خستگی و فقدان انرژی بی‌خوابی است، به طور میانگین ۳/۷۱ با انحراف محور ۱/۶۷۳ بود که ۴۷/۴٪ به گزینه ۵ و ۲۲٪ به گزینه ۴ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۳ در مورد بی‌خوابی ناشی از عدم تعادل شیمیایی در بدن، به طور میانگین ۲/۸۹ با انحراف محور ۲/۰۰۴ بود که ۳۶٪ به گزینه ۵ و ۲۳٪ به گزینه صفر پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۴ در مورد از بین رفتن لذت بردن از زندگی در اثر بی‌خوابی، به طور میانگین ۳/۵۵ با انحراف محور ۱/۸۷۵ بود که ۵۰/۷٪ به گزینه ۵ و ۱۵/۳٪ به گزینه صفر پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۵ در مورد دارودرمانی تنها راه حل بی‌خوابی، به طور میانگین ۲/۴۵ با انحراف محور ۲/۱۸۵ بود که ۳۵/۳٪ به گزینه صفر و ۳۳/۳٪ به گزینه ۵ پاسخ دادند.

* پاسخ به سؤال ۱۶ در مورد برهم زدن برنامه خانوادگی و اجتماعی بعد از یک شب بی‌خوابی، به طور میانگین ۲/۶۳ با انحراف محور ۲/۱۹۳ بود که ۳۶٪ به گزینه ۵ و ۳۴/۷٪ به گزینه صفر پاسخ دادند.

جدول شماره ۴ : نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۶ DBAS در همه افراد مورد مطالعه:

	تعداد پاسخ	درصد پاسخ	تعداد پاسخ						درصد پاسخ						
			۰	۱	۲	۳	۴	۵	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
S _۱	۴/۷۱	۰/۹۳۶	۳	۱	۴	۲	۸	۱۳۲	۲	۰/۷	۲/۷	۱/۳	۵/۳	۸۸	
S _۲	۴/۱۳	۱/۴۵۹	۷	۷	۸	۱۴	۱۵	۹۹	۴/۷	۴/۷	۵/۳	۹/۳	۱۰	۶۶	
S _۳	۴/۰۹	۱/۶۲۸	۱۲	۸	۴	۱۱	۱۰	۱۰۵	۸	۵/۳	۲/۷	۷/۳	۶/۷	۷۰	
S _۴	۳/۳۷	۲/۰۰۱	۲۸	۱۰	۷	۱۵	۱۴	۷۶	۱۸/۷	۶/۷	۴/۷	۱۰	۹/۳	۵۰/۷	
S _۵	۳/۷۵	۱/۶۸۲	۱۴	۹	۸	۱۶	۲۵	۷۸	۹/۳	۶	۵/۳	۱۰/۷	۱۶/۷	۵۲	
S _۶	۲/۴۷	۲/۱۷۹	۵۴	۱۱	۹	۱۰	۱۸	۴۸	۳۶	۷/۳	۶	۶/۷	۱۲	۳۲	
S _۷	۳/۱۳	۲/۰۷۱	۲۹	۱۰	۱۸	۱۶	۱۵	۶۲	۱۹/۳	۶/۷	۱۲/۰	۱۰/۷	۱۰	۴۱/۴	
S _۸	۲/۳۶	۲/۱۱۲	۵۲	۱۷	۷	۱۴	۱۹	۴۱	۳۴/۷	۱۱/۳	۴/۷	۹/۳	۱۲/۷	۲۷/۳	
S _۹	۳/۶۸	۱/۷۵۱	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۶	۸۲	۸/۷	۸/۷	۸/۷	۸/۷	۱۰/۷	۵۴/۷	
S _{۱۰}	۳/۴۷	۱/۹۵۸	۲۳	۱۴	۸	۹	۱۷	۷۹	۱۵/۳	۹/۳	۵/۳	۶	۱۱/۳	۵۲/۷	
S _{۱۱}	۳/۲۱	۱/۹۱۵	۲۴	۱۵	۱۳	۱۱	۲۸	۵۹	۱۶	۱۰	۸/۷	۷/۳	۱۸/۷	۳۹/۳	
S _{۱۲}	۳/۷۱	۱/۶۷۳	۱۳	۱۱	۹	۱۳	۳۳	۷۱	۸/۷	۷/۳	۶	۸/۷	۲۲	۴۷/۴	
S _{۱۳}	۲/۸۹	۲/۰۰۴	۳۵	۸	۲۰	۱۶	۱۷	۵۴	۲۳/۳	۵/۳	۱۳/۳	۱۰/۷	۱۱/۳	۳۶	
S _{۱۴}	۳/۵۵	۱/۸۷۴	۲۳	۷	۸	۱۴	۲۲	۷۶	۱۵/۳	۴/۷	۵/۳	۹/۳	۱۴/۷	۵۰/۷	

۳۳/۳	۸/۷	۸	۴/۷	۱۰	۳۵/۳	۵۰	۱۳	۱۲	۷	۱۵	۵۳	۲/۱۸۵	۲/۴۵	S _{۱۵}
۳۶	۱۰	۱۰	۴	۵/۳	۳۴/۷	۵۴	۱۵	۱۵	۶	۸	۵۲	۲/۱۹۳	۲/۶۳	S _{۱۶}

شرکت کنندگان در این مطالعه به سؤالات ۱ تا ۱۲ اینگونه پاسخ دادند:

جدول شماره ۵: نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۲ در همه افراد مورد مطالعه (Insomnia

Severity Index)

SS _{۱۲}	SS _{۱۱}	SS _{۱۰}	SS _۹	SS _۸	SS _۷	SS _۶	SS _۵	SS _۴	SS _۳	SS _۲	SS _۱	
۱/۷۹	۱/۷۷	۱/۸۸	۱/۵۳	۱/۲۳	۱/۳۴	۱/۸۳	۲/۰۱	۱/۸۵	۲۸/۲۳	۲۶/۶۴	۶/۸۸	میانگین
۱/۲۷۱	۱/۲۷۱	۱/۳۳۱	۱/۲۶۲	۱/۱۵۴	۱/۲۵۲	۱/۲۵۵	۱/۱۱۷	۱/۱۸۴	۴۸/۱۴۸	۲۷/۲۹۹	۱/۸۳۲	انحراف

* سؤال SS_۱ در مورد میزان خواب بین ۲ تا ۱۰ ساعت پاسخ داده شده که میانگین ۶/۸۸ با

انحراف محور ۱/۸۳۲ داشته است.

* سؤال SS_۲ در مورد چقدر طول می کشد تا به خواب بروید بین ۱ تا ۱۸۰ دقیقه پاسخ داده

شده که میانگین ۲۶/۶۴ با انحراف محور ۲۷/۲۹۹ داشته است.

* سؤال SS_۳ در مورد میزان بیداری طی شب بین صفر تا ۴۲۰ دقیقه پاسخ داده شده که

میانگین ۲۸/۲۳ با انحراف محور ۴۸/۱۴۸ داشته است.

سؤالات SS_۴ تا SS_{۱۲} بین صفر تا ۴ پاسخ داده شده که میانگین و انحراف محور آن در

جدول شماره ۵ قابل رؤیت است.

جدول شماره ۶: مقایسه نحوه پاسخ به سؤالات ۱ تا ۱۶ در گروه‌های مختلف

P value	نوع				
	بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۶۹۲	۴/۷۰	۴/۶۴	۴/۸۰	میانگین	S _۱
	۰/۹۳۱	۱/۲۰۸	۰/۵۷۱	انحراف محور	
۰/۳۲۲	۳/۸۸	۲/۲۴	۴/۲۸	میانگین	S _۲
	۱/۸۲۵	۱/۳۱۸	۱/۱۴۴	انحراف محور	
۰/۳۱۴	۴/۳۸	۳/۹۶	۳/۹۴	میانگین	S _۳
	۱/۳۰۸	۱/۷۶۱	۱/۷۶۶	انحراف محور	
۰/۹۸۹	۳/۳۶	۳/۴۰	۳/۳۴	میانگین	S _۴
	۲/۰۱۸	۱/۹۷۹	۲/۰۴۷	انحراف محور	
۰/۹۰۵	۳/۷۲	۳/۸۴	۳/۷۰	میانگین	S _۵
	۱/۶۹۱	۱/۵۹۵	۱/۷۸۷	انحراف محور	
۰/۱۱۳	۲/۹۶	۲/۴۰	۲/۰۶	میانگین	S _۶
	۲/۱۶۶	۲/۲۳۱	۲/۰۸۴	انحراف محور	
۰/۸۸۶	۳/۲۲	۳/۰۲	۳/۱۶	میانگین	S _۷
	۱/۹۵۱	۲/۰۱۵	۲/۲۷۱	انحراف محور	
۰/۶۹۸	۲/۵۴	۲/۳۶	۲/۱۸	میانگین	S _۸
	۲/۱۸۷	۲/۰۸۷	۲/۰۸۷	انحراف محور	
۰/۸۸۵	۳/۷۴	۳/۷۲	۳/۵۸	میانگین	S _۹
	۱/۸۵۰	۱/۷۹۶	۱/۶۳۰	انحراف محور	
۱/۱۹۹	۳/۳۶	۳/۱۸	۳/۸۶	میانگین	S _{۱۰}
	۲/۰۶۸	۲/۰۴۷	۱/۷۱۴	انحراف محور	
۰/۰۷۲	۳/۷۰	۲/۸۶	۳/۰۶	میانگین	S _{۱۱}
	۱/۷۷۶	۱/۸۸۵	۲/۰۱۴	انحراف محور	
۰/۶۱۲	۳/۷۶	۳/۸۴	۳/۵۲	میانگین	S _{۱۲}
	۱/۶۷۳	۱/۵۸۳	۱/۷۷۶	انحراف محور	

۰/۴۵۳	۳/۱۲	۲/۶۲	۲/۹۴	میانگین	S _۳
	۲/۰۲۷	۱/۹۷۸	۲/۰۱۴	انحراف محور	

ادامه جدول شماره ۶

۰/۰۱۳	۲/۹۴	۳/۷۲	۴/۰۰	میانگین	S _۴
	۲/۲۵۳	۱/۶۷۹	۱/۴۷۱	انحراف محور	
۰/۰۰۳	۳/۲۸	۲/۱۸	۱/۸۸	میانگین	S _۵
	۲/۲۰۴	۲/۰۳۷	۲/۰۹۶	انحراف محور	
۰/۰۹۵	۳/۱۸	۲/۳۲	۲/۴۰	میانگین	S _۶
	۲/۱۸۲	۲/۲۰۸	۲/۱۲۹	انحراف محور	

که از لحاظ آماری تفاوت معناداری در بین گروه‌های هدف در سؤالات S_۴ و S_۵ وجود داشت که بیماران اضطرابی در مورد سؤال ۱۴ که در ارتباط با از بین رفتن لذت از زندگی و انجام ندادن کارهایی که تصمیم داریم بعد از بی‌خوابی بود تقریباً موافق بودند و در مورد سؤال ۱۵ که در ارتباط با تنها راه حل بی‌خوابی استفاده از دارودرمانی است، تقریباً مخالف بودند.

جدول شماره ۷: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۱ در گروه‌های هدف

(سؤال: معمولاً چند ساعت در شب می‌خوابید؟) (..... ساعت)

P-value	بیشترین	کمترین	انحراف محور	میانگین	تعداد	
۰/۵۱۱	۱۰	۲	۲/۰۴۹	۶/۶۳	۴۸	اضطراب
	۱۰	۲	۱/۸۲۶	۷/۰۰	۴۹	افسردگی
	۱۰	۲	۱/۶۱۶	۷/۰۰	۵۰	بای‌پلار
	۱۰	۲	۱/۸۲۳	۶/۸۸	۱۴۷	کل

که با $P\text{-value} = ۰/۵۱$ از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین میزان خواب در شب در گروه-

های هدف وجود نداشت.

جدول شماره ۸: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۲ در گروه‌های هدف

(سؤال: معمولاً چقدر طول می‌کشد که به خواب بروید؟) (..... دقیقه)

P-value	بیشترین	کمترین	انحراف محور	میانگین	تعداد	
۰/۰۰۲	۶۰	۱	۱۶/۷۸	۱۸/۴۰	۴۷	اضطراب
	۱۲۰	۱	۲۲/۷۱	۲۳/۷۹	۴۸	افسردگی
	۱۸۰	۱	۳۵/۲۹	۳۷/۱۲	۵۰	بای‌پلار
	۱۸۰	۱	۲۷/۲۹	۲۶/۶۴	۱۴۵	کل

که با $P\text{-value}=0/002$ از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین زمانی که طول می‌کشد تا به

خواب بروند در گروه‌های هدف وجود دارد که کمترین زمان در افراد با اختلال اضطراب و

بیشترین زمان در افراد بای‌پلار است.

جدول شماره ۹: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۳ در گروه‌های هدف

(سؤال: مدت زمان بیداری در طی شب چقدر است؟ (..... دقیقه)

P-value	بیشترین	کمترین	انحراف محور	میانگین	تعداد	
۰/۰۹۲	۱۲۰	۰	۲۹/۶۰	۱۹/۸۹	۴۴	اضطراب
	۴۲۰	۰	۶۸/۹۲	۴۱/۰۰	۴۴	افسردگی
	۱۸۰	۰	۳۶/۰۳	۲۴/۲۷	۴۹	بای‌پلار
	۴۲۰	۰	۴۸/۱۴	۲۸/۲۳	۱۳۷	کل

که با $P\text{-value}=۰/۰۹۲$ از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین مدت زمان بیداری در طی شب

در گروه‌های هدف وجود ندارد. ولی در کل بیشترین زمان بیداری در طی شب در گروه

افسردگی است.

جدول شماره ۱۰: مقایسه پاسخ به سؤال SS_F در گروههای هدف

(سؤال: عادت معمول خوابتان چگونه است؟)

P-value	کل	نوع				
		بای پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۰۱	۱۶	۶	۵	۵	تعداد	۰ خیلی آرام
	۱۰/۷	۱۲	۱۰	۱۰	درصد نسبت به نوع	
	۱۰/۷	۴/۰	۳/۳	۳/۳	درصد کل	
	۵۲	۳۰	۱۱	۱۱	تعداد	۱ نسبتاً آرام
	۳۴/۴	۶۰	۲۲	۲۲	درصد نسبت به نوع	
	۳۴/۷	۲۰		۷/۳	درصد کل	
	۳۷	۷	۱۵	۱۵	تعداد	۲ در حد معمول
	۲۴/۷	۱۴	۳۰	۳۰	درصد نسبت به نوع	
	۲۴/۷	۴/۷	۱۰	۱۰	درصد کل	
	۲۸	۲	۱۴	۱۲	تعداد	۳ نسبتاً ناآرام
	۱۸/۷	۴	۲۸	۲۴	درصد نسبت به نوع	
	۱۸/۷	۱/۳	۹/۳	۸	درصد کل	
	۱۷	۵	۵	۷	تعداد	۴ خیلی ناآرام
	۱۱/۳	۱۰	۱۰	۱۴	درصد نسبت به نوع	
	۱۱/۳	۳/۳	۳/۳	۴/۷	درصد کل	

که با $P\text{-value}=۰/۰۰۱$ از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین عادت معمول خواب و گروههای هدف وجود دارد. به گونه‌ای که عادت معمول خواب در دو گروه اضطراب و افسردگی تقریباً مشابه بوده و بیشتر در حد معمول است و در گروه بای پلار اکثراً نسبتاً آرام است.

جدول شماره ۱۱: مقایسه پاسخ به سؤال SS_ه در گروه‌های هدف

(سؤال: معمولاً چگونه به خواب می‌روید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۷۵۴	۱۷	۵	۷	۵	تعداد	۰ خیلی به آسانی
	۱۱/۳	۱۰	۱۴	۱۰	درصد نسبت به نوع	
	۱۱/۳	۳/۳	۴/۷	۳/۳	درصد کل	
	۳۰	۱۴	۹	۷	تعداد	۱ نسبتاً آسان
	۲۰	۲۸	۱۸	۱۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۰	۹/۳	۶۰	۴/۷	درصد کل	
	۴۸	۱۷	۱۴	۱۷	تعداد	۲ در حد معمول
	۳۲	۳۴	۲۸	۳۴	درصد نسبت به نوع	
	۳۲	۱۱/۳	۹/۳	۱۱/۳	درصد کل	
	۴۲	۱۱	۱۶	۱۷	تعداد	۳ نسبتاً مشکل
	۲۹/۳	۲۲	۳۲	۳۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۹/۳	۷/۳	۱۰/۷	۱۱/۳	درصد کل	
	۱۱	۳	۴	۴	تعداد	۴ خیلی مشکل
	۷/۳	۶	۸	۸	درصد نسبت به نوع	
	۷/۳	۲	۲/۷	۲/۷	درصد کل	

که با توجه به $P\text{-value} = ۰/۷۵۴$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری در مورد چگونگی به

خواب رفتن در گروه‌های هدف وجود ندارد.

جدول شماره ۱۲: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۶ در گروه‌های هدف

(سؤال در طی ماه گذشته کیفیت خوابتان را درجه‌بندی کنید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۰۹	۲۱	۴	۹	۸	تعداد	۰ خیلی خوب
	۱۴	۸	۱۸	۱۶	درصد نسبت به نوع	
	۱۴	۲/۷	۶	۵/۳	درصد کل	
	۵۰	۲۳	۱۲	۱۵	تعداد	۱ نسبتاً خوب
	۳۳/۳	۴۶	۲۴	۳۰	درصد نسبت به نوع	
	۳۳/۳	۱۵/۳	۸	۱۰	درصد کل	
	۳۰	۱۵	۱۱	۴	تعداد	۲ خوب
	۲۰	۳۰	۲۲	۸	درصد نسبت به نوع	
	۲۰	۱۰	۷/۳	۲/۷	درصد کل	
	۳۲	۴	۱۱	۱۷	تعداد	۳ نسبتاً بد
	۲۱/۳	۸	۲۲	۳۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۱/۳	۲/۷	۷/۳	۱۱/۳	درصد کل	
	۱۶	۳	۷	۶	تعداد	۴ خیلی بد
	۱۰/۷	۶	۱۴	۱۲	درصد نسبت به نوع	
	۱۰/۷	۲	۴/۷	۴	درصد کل	

که با $P\text{-value} = ۰/۰۰۹$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری بین کیفیت خواب در ماه گذشته

در گروه‌های هدف وجود دارد که تقریباً در هر سه گروه کیفیت خواب نسبتاً خوب بیشترین

درصد را داشته و کیفیت خواب پایین‌تر در گروه‌های اضطراب و افسردگی درصد بالاتری

را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱۳: مقایسه پاسخ به سؤال SS_V در گروه‌های هدف

(سؤال: آیا مشکل در شروع خواب دارید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۴۴	۵۲	۲۱	۱۵	۱۶	تعداد	۰ خیر
	۳۴/۷	۴۲	۳۰	۳۲	درصد نسبت به نوع	
	۳۴/۷	۱۴	۱۰	۱۰/۷	درصد کل	
	۳۱	۱۷	۷	۷	تعداد	۱ کمی
	۲۰/۷	۳۴	۱۴	۱۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۰/۷	۱۱/۳	۴/۷	۴/۷	درصد کل	
	۴۳	۷	۱۹	۱۷	تعداد	۲ تا اندازه‌ای
	۲۸/۷	۱۴	۳۸	۳۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۸/۷	۴/۷	۱۲/۷	۱۱/۳	درصد کل	
	۱۲	۲	۴	۶	تعداد	۳ زیاد
	۸	۴	۸	۱۲	درصد نسبت به نوع	
	۸	۱/۳	۲/۷	۴	درصد کل	
	۱۲	۳	۵	۴	تعداد	۴ خیلی زیاد
	۸	۶	۱۰	۸	درصد نسبت به نوع	
	۸	۲	۳/۳	۲/۷	درصد کل	

که با $P\text{-value} = ۰/۰۴۴$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری از جهت مشکل در شروع خواب

در بین گروه‌های هدف وجود دارد که در گروه‌های اضطراب و افسردگی مشکل در شروع

خواب بیشتر بوده و در گروه بای‌پلار کمتر است.

جدول شماره ۱۴: مقایسه پاسخ به سؤال SS_A در گروه‌های هدف

(سؤال: آیا طی شب مکرراً بیدار می‌شوید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۱۳۶	۵۱	۱۹	۱۵	۱۷	تعداد	۰ خیر
	۳۴	۲۸	۳۰	۳۴	درصد نسبت به نوع	
	۳۴	۱۲/۷	۱۰	۱۱/۳	درصد کل	
	۴۲	۱۸	۱۳	۱۱	تعداد	۱ کمی
	۲۸	۳۶	۲۶	۲۲	درصد نسبت به نوع	
	۲۸	۱۲	۸/۷	۷/۳	درصد کل	
	۳۶	۱۲	۱۱	۱۳	تعداد	۲ تا اندازه‌ای
	۲۴	۲۴	۲۲	۲۶	درصد نسبت به نوع	
	۲۴	۸	۷/۳	۸/۷	درصد کل	
	۱۴	۱	۶	۷	تعداد	۳ زیاد
	۹/۳	۲	۱۲	۱۴	درصد نسبت به نوع	
	۹/۳	۷	۴	۴/۷	درصد کل	
	۷	۰	۵	۲	تعداد	۴ خیلی زیاد
	۴/۷	۰	۱۰	۴	درصد نسبت به نوع	
	۴/۷	۰	۳/۳	۱/۳	درصد کل	

که با $P\text{-value} = ۰/۱۳۶$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری وجود نداشت.

جدول شماره ۱۵: مقایسه پاسخ به سؤال SS_۹ در گروه‌های هدف

(سؤال: آیا صبح زودتر از تمایلتان از خواب بیدار می‌شوید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۰۴	۴۳	۱۳	۱۵	۱۵	تعداد	۰ خیر
	۲۸/۷	۲۶	۳۰	۳۰	درصد نسبت به نوع	
	۲۸/۷	۸/۷	۱۰	۱۰	درصد کل	
	۳۰	۱۴	۵	۱۱	تعداد	۱ کمی
	۲۰	۲۸	۱۰	۲۲	درصد نسبت به نوع	
	۲۰	۹/۳	۳/۳	۷/۳	درصد کل	
	۴۲	۱۹	۱۰	۱۳	تعداد	۲ تا اندازه‌ای
	۲۸	۳۸	۲۰	۲۶	درصد نسبت به نوع	
	۲۸	۱۲/۷	۶/۷	۸/۷	درصد کل	
	۲۴	۴	۱۱	۹	تعداد	۳ زیاد
	۱۶	۸	۲۲	۱۸	درصد نسبت به نوع	
	۱۶	۲/۷	۷/۳	۶	درصد کل	
	۱۱	۰	۹	۲	تعداد	۴ خیلی زیاد
	۷/۳	۰	۱۸	۴	درصد نسبت به نوع	
	۷/۳	۰	۶	۱/۳	درصد کل	

که با $P\text{-value} = ۰/۰۰۴$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری از جهت بیدار شدن زودتر از

تمایل از خواب صبح بین گروه‌های هدف وجود دارد که بیشترین میزان در گروه افسردگی

و کمترین میزان در گروه بای‌پلار دیده می‌شود.

جدول شماره ۱۶ مقایسه پاسخ به سؤال SS_۱ در گروه‌های هدف

(سؤال: از الگوی اخیر خواب خود تا چه حد راضی/ ناراضی هستید؟)

P-value	کل	نوع				
		بای پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۳۱۵	۲۵	۹	۱۱	۵	تعداد	۰ خیلی ناراحتی
	۱۶/۷	۱۸	۲۲	۱۰	درصد نسبت به نوع	
	۱۶/۷	۶	۷/۳	۳/۳	درصد کل	
	۴۱	۱۶	۱۴	۱۱	تعداد	۱ اندکی
	۲۷/۳	۳۲	۲۸	۲۲	درصد نسبت به نوع	
	۲۷/۳	۱۰/۷	۹/۳	۷/۳	درصد کل	
	۳۷	۱۴	۷	۱۶	تعداد	۲ تا حدی
	۲۴/۷	۲۸	۱۴	۳۲	درصد نسبت به نوع	
	۲۴/۷	۹/۳	۴/۷	۱۰/۷	درصد کل	
	۲۴	۴	۹	۸	تعداد	۳ تا حدی
	۱۴	۸	۱۸	۱۶	درصد نسبت به نوع	
	۱۴	۲/۷	۶	۵/۳	درصد کل	
	۲۶	۷	۹	۱۰	تعداد	۴ خیلی راضی
	۱۷/۳	٪۱۴	۱۸	۲۰	درصد نسبت به نوع	
	۱۷/۳	۴/۷	۶	۶/۷	درصد کل	

که با $P\text{-value}=0/3$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری بین گروه‌های هدف وجود ندارند.

جدول ۱۷: مقایسه پاسخ به سؤال SS_{۱۱} در گروه‌های هدف

(سؤال: فکر می‌کنید مشکل خواب شما در زمینه آسیب به کیفیت زندگی شما تا چه حدی

برای دیگران قابل توجه است؟)

P-Value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۰۰۳	۲۹	۶	۱۴	۹	تعداد	۰. اصلاً
	۱۹/۳	۱۲	۲۸	۱۸	درصد نسبت به نوع	قابل توجه
	۱۹/۳	۴	۹/۳	۶	درصد کل	نیست
	۳۴	۱۴	۱۰	۱۰	تعداد	۱. ندرتاً
	۲۲/۷	۲۸	۲۰	۲۰	درصد نسبت به نوع	
	۲۲/۷	۹/۳	۶/۷	۶/۷	درصد کل	
	۵۱	۲۳	۶	۲۲	تعداد	۲. تا حدی
	۳۴	۴۶	۱۲	۴۴	درصد نسبت به نوع	
	۳۴	۱۵/۳	۴	۱۴/۷	درصد کل	
	۱۵	۳	۹	۳	تعداد	۳. زیاد
	۱۰	۶	۱۸	۶	درصد نسبت به نوع	
	۱۰	۲	۶	۲	درصد کل	
	۲۱	۴	۱۱	۶	تعداد	۴. خیلی
	۱۴	۸	۲۲	۱۲	درصد نسبت به نوع	زیاد قابل
	۱۴	۲/۷	۷/۳	۴	درصد کل	توجه است

که با $P\text{-value} = ۰/۰۰۳$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری در بین پاسخ به این سؤال و

گروه‌های هدف وجود دارد که در گروه افسردگی تفاوت زیادی بین پاسخ‌ها وجود دارد و

در گروه‌های اضطراب و بای‌پلار متعادل‌تر پاسخ داده است و بی‌خوابی آن‌ها در زمینه

آسیب به کیفیت زندگی تا حدی برای دیگران قابل توجه است.

جدول شماره ۱۸: مقایسه پاسخ به سؤال SS_{12} در گروه‌های هدف

(سؤال: تا چه حد نسبت به مشکل اخیر خواب خود ناراحت و پریشان هستید؟)

P-Value	کل	نوع				
		بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۲۱	۳۱	۵	۱۴	۱۲	تعداد	۰. اصلاً
	۲۰/۷	۱۰	۲۸	۲۴	درصد نسبت به نوع	
	۲۰/۷	۳/۳	۹/۳	۸	درصد کل	
	۲۹	۱۰	۱۰	۹	تعداد	۱. اندکی
	۱۹/۳	۲۰	۲۰	۱۸	درصد نسبت به نوع	
	۱۹/۳	۶/۷	۶/۷	۶	درصد کل	
	۴۷	۲۱	۱۱	۱۵	تعداد	۲. تا حدی
	۳۱/۳	۴۲	۲۲	۳۰	درصد نسبت به نوع	
	۳۱/۳	۱۴	۷/۳	۱۰	درصد کل	
	۲۶	۱۱	۷	۸	تعداد	۳. زیاد
	۱۷/۳	۲۲	۱۴	۱۶	درصد نسبت به نوع	
	۱۷/۳	۷/۳	۴/۷	۵/۳	درصد کل	
	۱۷	۳	۸	۶	تعداد	۴. خیلی زیاد
	۱۱/۳	۶	۱۶	۱۲	درصد نسبت به نوع	
	۱۱/۳	۲	۵/۳	۴	درصد کل	

که با $P\text{-value} = ۰/۲۱$ از لحاظ آماری ارتباط معناداری وجود نداشت.

جدول شماره ۱۹: همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب، با سؤالات مربوط به

خواب در افراد با اختلال اضطراب

همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب	
P-value= ۰/۰۳ عدد "رو" = ۰/۳۰	کیفیت خواب در ماه گذشته
P-value= ۰/۱۳ عدد "رو" = ۲۱	مشکل در شروع خواب
P-value= ۰/۱۷ عدد "رو" = ۰/۱۹	بیدار شدن مکرر طی شب
P-value= ۰/۲۲ عدد "رو" = ۰/۱۷	بیدار شدن صبح‌ها زودتر از تمایل
P-value= ۰/۴۵ عدد "رو" = -۰/۱۰	رضایت یا نارضایتی از الگوی اخیر خواب
P-value= ۰/۶۶ عدد "رو" = -۰/۰۶	قابل توجه بودن مشکل خواب شما برای دیگران
P-value= ۰/۰۰۷ عدد "رو" = ۰/۳۷	ناراحتی از مشکل اخیر خواب

که در مورد کیفیت خواب در ماه گذشته و ناراحتی از مشکل اخیر خواب ارتباط معناداری وجود دارد، یعنی در گروه با اختلال اضطراب هرچه عقاید غلط و ناکارآمد بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر شده و فرد بیشتر از مشکل اخیر خواب خود ناراحت و پریشان است.

جدول شماره ۲۰: همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به

خواب در افراد با افسردگی

همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب	
P-value= ۰/۳۵ عدد "رو" = ۰/۱۳	کیفیت خواب در ماه گذشته
P-value= ۰/۰۴ عدد "رو" = ۰/۲۸	مشکل در شروع خواب
P-value= ۰/۰۹ عدد "رو" = ۰/۲۴	بیدار شدن مکرر طی شب
P-value= ۰/۰۶ عدد "رو" = ۰/۲۶	بیدار شدن صبح‌ها زودتر از تمایل
P-value= ۰/۰۶ عدد "رو" = ۰- /۲۶	رضایت یا نارضایتی از الگوی اخیر خواب
P-value= ۰/۰۱ عدد "رو" = ۰/۳۴	قابل توجه بودن مشکل خواب شما برای دیگران
P-value= ۰/۰۰۱ عدد "رو" = ۰/۵	ناراحتی از مشکل اخیر خواب

که در مورد مشکل در شروع خواب و قابل توجه بودن مشکل خواب برای دیگران و ناراحتی از مشکل اخیر خواب ارتباط معناداری وجود دارد. یعنی در گروه با افسردگی، هرچه عقاید غلط و ناکارآمد بیشتر باشد، شروع خواب مشکل‌تر و مشکل خواب برای

دیگران قابل توجه‌تر خواهد بود و ناراحتی و پریشانی از مشکل اخیر خواب بیشتر خواهد بود.

جدول شماره ۲۱: همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به

خواب در افراد با اختلال بایپلار

همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب	
P-value= ۰/۵۳ عدد "رو" = -۰/۰۸	کیفیت خواب در ماه گذشته
P-value= ۰/۳۶ عدد "رو" = -۰/۱۳	مشکل در شروع خواب
P-value= ۰/۷۶ عدد "رو" = ۰/۰۴	بیدار شدن مکرر طی شب
P-value= ۰/۳۹ عدد "رو" = ۰-/۱۲	بیدار شدن صبح‌ها زودتر از تمایل
P-value= ۰/۳۰ عدد "رو" = -۰/۱۴	رضایت یا نارضایتی از الگوی اخیر خواب
P-value= ۰/۴۴ عدد "رو" = ۰/۱۱	قابل توجه بودن مشکل خواب شما برای دیگران
P-value= ۰/۰۳ عدد "رو" = ۰/۰۳	ناراحتی از مشکل اخیر خواب

که در مورد ناراحتی از مشکل اخیر خواب ارتباط معناداری وجود دارد. یعنی در گروه با اختلال بایپلار هرچه عقاید غلط و ناکارآمد بیشتر باشد ناراحتی از مشکل اخیر خواب بیشتر خواهد بود.

جدول شماره ۲۲: مقایسه معیارهای DBAS-16 در گروه‌های مختلف

P-Value	نوع				معیارهای DBAS-16	
	کل	بای‌پلار	افسردگی	اضطراب		
۰/۴۶	۴/۴۲	۴/۴۲	۴/۴۴	۴/۵۴	میانگین	انتظارات از خواب
	۱/۰۳	۱/۲۲	۱/۰۷	۰/۶۷	انحراف محور	(Expectationsa)
۰/۷۴	۳/۶۷	۳/۵۶	۳/۶۹	۳/۷۶	میانگین	نگران از بی‌خوابی
	۱/۳	۱/۲۷	۱/۳۹	۱/۲۵	انحراف محور	(Worry)
۰/۰۴	۲/۸۹	۳/۲۸	۲/۶۴	۲/۷۶	میانگین	تخصیص اشتباه
	۱/۳۸	۱/۲۶	۱/۴۸	۱/۳۳	انحراف محور	(Attributions)
۰/۵۸	۳/۲۱	۳/۳۶	۳/۱۸	۳/۰۹	میانگین	اثرات و نتایج بی‌خوابی
	۱/۳۱	۱/۳۶	۱/۲۸	۱/۲۹	انحراف محور	(consequences)

که در این جدول سؤالات مطرح شده در DBAS-16 براساس معیار و موضوع سؤال به چهار گروه تقسیم شده که در معیار Expectations ۲ سؤال، معیار Worry ۳ سؤال، معیار Attributions ۵ سؤال و معیار consequences ۶ سؤال مطرح شده است. در آنالیز انجام شده میانگین مجموع پاسخ به این سؤالات در گروه‌های مختلف محاسبه شده و به تعداد سؤالات هر معیار تقسیم شده است که از لحاظ آماری تفاوت معناداری در معیار تخصیص اشتباه وجود دارد و گروه بای‌پلار میانگین عقاید غلط بالاتری را نسبت به دو گروه دیگر در این معیار نشان می‌دهد. در مورد سایر متغیرهای معیار تفاوت معناداری در بین گروه‌ها دیده نمی‌شود.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد مطالعه قرار گرفتند که شامل بیماران با اختلال اضطراب، افسردگی ماژور و بیماران با اختلال بای‌پلار هر کدام ۵۰ نفر بودند.

در این مطالعه ۶۲٪ مرد و ۳۸٪ زن شرکت داشتند که در هر سه گروه فراوانی جمعیت مردان بیشتر از زنان بود. همانطور که در قسمت نتایج دیده شد، فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب در این بیماران در سطح بالایی قرار دارد. به گونه‌ای که در کل در مورد تمام سؤالات DBAS16 ۵۶/۸٪ از بیماران با عقاید غلط و ناکارآمد در مورد خواب موافق و یا کاملاً موافق هستند، که این نتیجه با مطالعه‌ای که فقط بر روی افراد با افسردگی ماژور انجام شد و میزان فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب قبل و بعد از چهارهفته درمان با آنتی‌دپرسانت محاسبه شده قابل مقایسه است و فراوانی این عقاید قبل از درمان ۵۵٪ و بعد از درمان ۴۵٪ بوده که بعد از ۴ هفته درمان علائم بیماری کاهش یافته ولی عقاید غلط درباره خواب باقی مانده است. (۵۴)

با توجه به جدول شماره ۶ و نحوه پاسخ به سؤالات DBAS16 در گروه‌های مختلف، میانگین نمرات مجموع سؤالات در مورد عقاید غلط درباره خواب در افراد با اختلال بای‌پلار ۴۶/۴۴، در گروه اضطراب ۴۴/۴۲ و در گروه با افسردگی ماژور ۴۲/۸ می‌باشد که در گروه بای‌پلار بالاتر از دو گروه دیگر است. در مطالعه مشابه که فقط بر روی افراد با افسردگی ماژور و بای‌پلار انجام شده، در گروه افسردگی ماژور میانگین عقاید غلط ۴۲/۶ و در گروه بای‌پلار میانگین عقاید غلط ۳۶/۸ است (۵۵) که اگرچه میانگین عقاید غلط در گروه افسردگی

مشابه با این مطالعه است. ولی در گروه افسردگی این میزان بالاتر از گروه بای‌پلار است. میانگین ساعت خواب در همه گروه‌ها در طول شب ۶/۸ ساعت برآورد شده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت.

بیماران در هر سه گروه به طور میانگین ۲۶ دقیقه طول می‌کشد تا به خواب بروند، که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود داشته و گروه بای‌پلار نسبت به دو گروه دیگر زمان بیشتری به خود اختصاص داده است که به طور میانگین و بر حسب دقیقه در گروه بای‌پلار ۳۷/۱۲، در گروه افسردگی ۲۳/۷۹ و در گروه اضطراب ۱۸/۴۰ است. این میزان مشابه با نتایج مطالعه دیگری است که در آن گروه بای‌پلار میانگین ۴۱/۰۸ در گروه افسردگی ۳۴/۱۸ بدست آمده است و این موضوع نشان می‌دهد گروه بای‌پلار در شروع خواب مشکل بیشتری دارد. (۵۵)

در نتایج به دست آمده بیماران با افسردگی مآثور نسبت به دو گروه دیگر مدت زمان بیشتری را در طی شب بیدار هستند. (میانگین ۴۱/۰۰ دقیقه)

عادت معمول خواب در دو گروه اضطراب و افسردگی تقریباً مشابه است و بیشتر در حد معمول است و در گروه بای‌پلار نسبتاً آرام است.

در مورد چگونگی به خواب رفتن در هر سه گروه می‌توان گفت تقریباً در حد معمول است و یا نسبتاً مشکل دارند و اختلاف مشخصی بین گروه‌ها دیده نمی‌شود.

از نظر کیفیت خواب طی ماه گذشته نتیجه اینگونه است که هر سه گروه، کیفیت خواب نسبتاً خوبی را داشته‌اند و در مقایسه می‌توان گفت گروه‌های اضطراب و افسردگی کیفیت خواب پایین‌تری را در طی ماه گذشته نسبت به گروه بای‌پلار دارند، به گونه‌ای که ۷۶٪ افراد

بای‌پلار کیفیت خواب خوب و نسبتاً خوب داشتند. در حالی که در گروه افسردگی ۴۴٪ و در گروه اضطراب ۳۸٪ از کیفیت خواب خوب و نسبتاً خوب برخوردار بودند. این میزان با مطالعه دیگری که در آن بیماران افسردگی و بای‌پلار شرکت داشتند، مشابهت داشته و کیفیت خواب خوب و نسبتاً خوب در گروه افسردگی ۴۸٪ و در گروه بای‌پلار ۶۸٪ مشخص شده است. (۵۵)

باتوجه به جدول همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به خواب در گروه اضطراب می‌توان نتیجه گرفت هرچه عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب بیشتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر می‌آید و همچنین فرد از مشکل اخیر خواب خود احساس ناراحتی و پریشانی بیشتری می‌کند.

در گروه افسردگی با توجه به جدول همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب با سؤالات مربوط به خواب می‌توان گفت هرچه عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب بیشتر باشد، مشکل در شروع خواب بیشتر خواهد شد و همچنین فرد از مشکل اخیر خواب خود بیشتر ناراحت بوده و از نظر این افراد مشکل خواب آنان برای دیگران بیشتر قابل توجه است.

در گروه بای‌پلار با افزایش عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب میزان ناراحتی از مشکل اخیر خواب بیشتر می‌شود و در مورد سایر موارد ارتباط معناداری وجود ندارد. مطالعه مشابهی همبستگی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب را با سؤالات مشابهی درباره خواب، بررسی نکرده است.

با مقایسه معیارهای DBAS-16 در گروه‌های مختلف از لحاظ آماری در معیار تخصیص اشتباه تفاوت معناداری وجود داشته ($p\text{-value}=0/04$) و گروه بای‌پلار میانگین عقاید غلط بالاتری را در این معیار نسبت به دو گروه دیگر نشان می‌دهند و تخصیص اشتباه مطرح کننده مواردی است که به عنوان دلیل خاصی در بی‌خوابی مطرح است و صحت و پا فشاری بر این موارد حتی اگر درست باشند ناهنجاری محسوب می‌شود .

این نتایج با دو مطالعه دیگر که یکی بر روی گروه افسردگی و دیگری بر روی گروه افسردگی قبل و بعد از درمان با آنتی‌دپرسانت انجام شده بود، طبق جدول زیر قابل مقایسه است (۵۴)(۵۶)

انتظارات از خواب	نگرانی از بی‌خوابی	تخصیص اشتباه	اثرات و نتایج بی‌خوابی
گروه افسردگی در افراد مورد مطالعه	۴/۴	۳/۶	۲/۶
گروه افسردگی در مطالعه مشابه (۵۶)	۶/۴	۵/۴	۳/۸
گروه افسردگی در مطالعه مشابه (۵۴)	قبل از درمان	۲/۲	۲/۴
بعد از درمان	۲/۵	۳/۳	۳/۴
			۵/۵

با توجه به نتایج این مطالعه و شیوع بالای کیفیت خواب پایین در بیماران روانپزشکی و نظر به اینکه فراوانی عقاید غلط و ناکارآمد درباره خواب نقش مهمی در اختلالات خواب این بیماران دارد، لازم است تا با رفتاردرمانی‌های مناسب و آموزش اصول بهداشت خواب و

ارائه اطلاعات صحیح در مورد خواب تا حد ممکن این عقاید غلط و ناکارآمد را اصلاح کرده
و جهت بهبود خواب این بیماران اقدام نمود.

فصل ششم

فهرست منابع

1. Williams S. Mental health psychiatric nursing. St. Louise: Philadelphia: Mosby; 1993.
2. Lee DM Weinblatt ME, Rheumatoid arthritis, Lancet 2001; 358:903.
3. Spector, TD, Rheumatoid arthritis, Rheum Dis Clin North Am, 1990: 16:513.
4. Lima PF, Medeiro ALD, Araujo JF. Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class tarting time. Braz J Med Biol Res. 2002; 35(11): 1373-1377.
5. Guyton A. Textbook of Medical Physiology. Translated by Shadan F. Tehra, Iran. Chehr Pub; 1993.
6. Ayas NT, White DP, Manson JE, et al. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med. 2003; 163(2): 205-9.
7. Leproult R, Buxton O, Van Cauter E. Nocturnal sleep deprivation results in an elevation of cortisol levels the next evening. Sleep. 1997; 20(10): 865-870.
8. Cardinali DP. The human body circadian: How the biologic clock influences sleep and emotion. Neuro Endocrinol Lett.2000; 21(1): 9-15.
9. Learthart S. Health effects of internal rotion of shifts. Nurs Stand. 2000; (14)47:34.
10. – Kelman BB. The sleep needs of adolescents. J Sch Nurs. 1999; 15(3):14-9.
11. Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, et al. Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. Sleep 1998; 21:871-81

12. Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, et al. Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep* 1998;21:871-81
13. Chung KF, Cheung MM. Sleep-wake patterns and sleep disturbance among Hong Kong Chinese adolescents. *Sleep* 2008;31:185-94.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMV-IV)*. Washington D.C.:Author.
15. Wolfson AR, Carskadon MA: Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child development* 1998, 69(4):875-887.
16. Kamdar BB, et al: The impact of extended sleep on daytime alertness, vigilance, and mood. *Sleep medicine* 2004, (5)5:441-448.
17. Adam, E.K., Snell, E.K., Pendry, P., "Sleep timing and quantity in ecological and family context: a nationally representative time- diary study," *J Fam Psychol*, 21(1).4-19. Mar.2007.
18. Boivin DB, Tremblay GM, James FO. Working on atypical 369 schedules. *Sleep Medicine* 2007; 8(6):578-589.
19. Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep medicine Review* 2009; 13(1):47-60.
20. Borbely AA. Two process model of sleep regulation. *Human neurobiology* 1982; 1(3): 195- 204.
21. Khaleque A. Sleep deficiency and quality of life of shift workers. *Social Indicators Research* 1999;46:181-189.
22. Sukegawa M, Noda AL, Morishita Y, Ochi H. Honda K, Maeno Nm Ozaki N, Koike Y. sleep and lifestyle habits on morning and evening types of human circadian rhythm. *Biological Rhythm Res* 2009; 40(2): 121- 127.
23. Barak Y, Achiron A, Lampl Y, Gilad R, Ring A, Elizur ASarova-Pinhas I. Sleep disturbances among female nurses: Comparing shift to day work. *Chronobiology Interational* 1995; 12(5):345-350.

24. Sateia MJ, Doghramji K, Hauri P, et al. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep* 2000; 23:243-308.
25. Khalsa SB, Jewett ME, Cajochen C, Czeisler CA. A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. *J Physiol* 2003, 549(Pt 3):945-52.
26. Haus E, Smolensky M. Biologic clocks and shift work: Circadian dysregulation and potential long term effects. *Cancer Causes Control* 2006; 17(4): 489-500.
27. Chung MH, Kuo TB, Hsu N, Chu H, Chou KR, Yang CC. Sleep and autonomic nervous system changes- enhanced cardiac sympathetic modulations during sleep in permanent night shift nurses. *Scand J Work Environ Health* 2009;35(23):180-187.
28. Gander PH, De Nguyen BE, Rosekind MR, Connell LJ. Age, circadian rhythms and sleep loss in flight crews. *Aviation, space, and environmental Medicine* 1993; 64(3 Pt 1): 189-195.
29. Horne JA, Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology* 1976; 4(2): 97-110.
30. Sadeghniai KJ, Aminian O, Poryaghob GH, Yazdi Z, Efficiency and hypnotic effects of melatonin in shift work nurses.
31. Barak Y, Achiron A, Lampl Y, Gild R, Ring A, Elizur A, Sarova-Pinhas I. Sleep disturbances among female nurses: Comparing shift to day work. *Chronobiology International* 1995; 12(5): 345-350.
32. Smith CS, Folkard S, Schmieder RA, Parra LF, Spelten E, Almira H, Sahu RN, Perez LM, Tisak J. Investigation of morning- evening orientation in six countries using the preference scale. *Personal Individ Dif* 2002; 32(6): 949-968.

- 33) Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburg Sleep Quality Index addendum for PTSD. *Sleep Breath* 2009; 13(3): 259-262.
34. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M. Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55:213-5.
35. Liu X, Uchiyama M, Kim K, Okawa M, Shibui K, Kudo Y, Doi Y, Minowa M, Ogihara R. Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan. *Psychiatry Res* 2000;93:1-11.
36. Lindberg E, Janson C, Gislason T, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? *Sleep* 1997;20:381-7.
37. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
38. Lichstein KL, Means, Noe SL, Aguillard RN. Fatigue and sleep disorders. *Behav Res Ther* 1997; 35:733-40.
39. Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract* 2002; 51:229-35.
40. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et al. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000;23(1): 41-7.
41. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, et al. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J Sleep Res* 2000;9:35-42.
42. Seo Y, Matsumoto K, Park Y, Shinjoda H, Noh Tae-jeong. The relationship between sleep and shift system, age and chronotype in shift workers. *Biological Rhythm research* 2000; 31(5):559-579.

43. Vigneau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaecke P, et al. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adolesc Health* 1997;21:343-50.
44. Kumar VM. Sleep and sleep disorders. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2008;50(1):129-135.
45. <http://www.healthscout.com/ency/1/457//main.html>
46. National Commission on sleep Disorders Research Report. Executive summary and executive report, vol. 1. National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1993.
47. – rosen C, Rosekind M, Rosevear C, Cole WE, Dement WC. Physician Education in Sleep and Sleep Disorders. A National Survey of U.S. Medical Schools, *Sleep* 1993; 16:249-254.
48. Pilcher jj, Ginter DR, Sadowsky B. Sleep quality versus sleep- (quantity: Relationship between sleep and measures of health, well being and sleepiness in college students 1997;42:583-596.
49. Doghramji k; sleep disorder; a selective update, *Hospital and community psychiatry* 40(1), 29,40 1989.

۵۰. دکتر یزدی، زهره. " اختلالات خواب و فعالیت‌های شغلی ". دانشگاه علوم پزشکی

قزوین. ۱۳۹۱.

51. hauri peter; the sleep disorder 2nd kalamazoo upjohn company p.p 21-35 1982.

۵۲. هارولد کاپلان و بنیامین سادوک،، چکیده روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی.

تهران. ارجمند. جلد دوم. صفحه ۹۷. ISBN: 978644961762

۵۳. هارولد کاپلان و بنیامین ساروک، چکیده روان‌پزشکی بالینی. نصرت الله پورافکاری،

سوم، پاییز ۱۳۷۷، تهران آزاده، صفحه ۹۹، ISBN: 9649005323

54. LI Weihvi, Huang Xiao, Zhabng Li. Dystunctinal beliets and attitudes on sleep and sleep disturbances pre-and post antidepressant treatments in patients with major depression 2001, 36(1).
55. Josepeh F.Goldberg, MD, Rachel K. Gerstein MA susan J.Wenze, MA. Dysfunctional Attitudes and cognitive schemas in Bipolar Manic and Unipolar Depressed out patients. Implications for cognitively Based Psychotherapeutics (2008;196:207-210).
56. Coleen E.Carney, Jack D. Edinger, Rachel Manber, Carol Garson, zindel V.segal. Belites about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance Journal of Psychosomatic Research 62(2007) 179-188.
57. Bogdan I. Voinescu, Andrew N, Coogan, Remus Orsan Sleep Belites, subjective sleep quality and diurnal preference- findings from depressed patients. March 2010, 1-12.
58. coolleem E.Carney , Kjack D. Edinger, Charles M. Morin, Rachel Manber, Bruce Rybbarczyk. Examining maladaptive Beliefs about sleep across insomnia patient groups Journal of psychosomatic 68 (2010)57-65.
59. Sheila N Garland, Jillian A Jhonson, Josee Savard, Philip Gehrman,. Sleeping well with cancer: a systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia in cancer patients 18 June 2014.
60. Carolino Desautles, BA, Sophie Ruel, B.SC, B.A, PhD Do Dysfunctional Beliefs and attitudes about sleep predispose or maintain insomnia in cancer patients: Results from a longitudinal study.
61. Alice Theadom, Mark cropley. Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. Sleep medicine 9(2008)376-381.
62. Alice M. Gregory , Jenny cox, Megan R. Craw ford. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep in children J.sleep Res. (2009)18,422-426.
63. Mclytton Nclever and Dorothy Bruck. Cmpurisons of the sleep qualiity, daytime sleepiness, and sleep cognitions of caucasian australians

and zimbabwean and Ghanian black immigrants. South African Journal of Psychology (2013) 43:81.

64. Morin CM. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep: preliminary scale developments and description. The Behavior Therapist. 1994;summer 163-4.

65. Blais FC, Gendron L, Mimeault V, Morin CM. [Evaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires Evaluation of insomnia: validating of three questionnaires]. Encephale 1997;23:447-53.

66. Morin CM, Stone J, Trinkle D, Mercer I, Rembsberg S. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. Psychol Aging 1993;23:263-71.

پیوست ها

نام و نام خانوادگی:

سن:

وضعیت اشتغال: شاغل □ بیگار □ وضعیت تاهل: متاهل □ مجرد □ تاریخ:

تعدادی از شرایطی که نگرش و عقاید افراد را درباره خوابشان نشان می‌دهد در سوالات زیر آمده است. لطفا میزان موافقت و مخالفت خودتان را با هر کدام از موارد زیر نشان دهید. جواب درست یا غلط به سوالات زیر وجود ندارد. در مورد هر کدام از موارد زیر، دور عددی که عقیده شما را نشان می‌دهد علامت بزنید. لطفا به همه موارد پاسخ دهید، حتی اگر بعضی از آنها مستقیماً در مورد شما کاربرد نداشته باشد.

۱- من برای احساس سرحالی و عملکرد خوب در طی روز نیاز به ۸ ساعت خواب در شب دارم.

- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۲- اگر من در یک شب به اندازه کافی نخوابم، با چرت زدن در روز بعد و یا خوابیدن طولانی‌تر در شب باید آن را جبران کنم.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۳- من نگران آن هستم که بی‌خوابی مزمن سبب اثرات سو بر سلامتی بدن من شود.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۴- من نگران آن هستم که کنترلم را روی خوابیدن از دست بدهم.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۵- فکر می‌کنم که اگر یک شب را بد بخوابم، با فعالیت‌های روزانه‌ام در روز بعد تداخل خواهد کرد.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۶- برای اینکه در طی روز هشیار باشم و عملکرد خوبی داشته باشم، عقیده‌ام این است که بهتر است داروی خواب‌آور استفاده کنم تا خواب بدی در شب نداشته باشم.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۷- اگر در طی روز احساس تحریک‌پذیری، اضطراب و غمگینی داشته باشم، به این دلیل است که شب قبل خوب نخوابیده‌ام.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۸- من می‌دانم که اگر یک شب بد بخوابم، برنامه خوابم تا پایان هفته مختل خواهد شد.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۹- اگر خواب شبانه کافی نداشته باشم، عملکردم روز بعد من مشکل خواهد شد.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۱۰- من هرگز نمی‌توانم پیش‌بینی کنم که آیا در طی شب خوب یا بد خواهم خوابید.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۱۱- من توانایی کمی برای اداره کردن پیامدهای نامطلوب ناشی از بد خوابیدن خود دارم.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۱۲- زمانی که احساس خستگی و فقدان انرژی دارم یا عملکرد خوبی در طی روز ندارم، عموماً به این دلیل است که شب قبل خواب خوبی نداشته‌ام.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
- ۱۳- من عقیده دارم که بی‌خوابی من ناشی از عدم تعادل شیمیایی در بدن من است.
- | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|
| کاملاً موافق | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | کاملاً مخالف |
|--------------|---|---|---|---|---|---|--------------|

۱۴- من احساس می‌کنم که بی‌خوابی توانایی لذت بردن از زندگی را از بین می‌برد و جلوی انجام دادن کارهایی که تصمیم دارم را می‌گیرد.

کاملاً موافق ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ کاملاً مخالف
۱۵- احتمالاً دارو درمانی تنها راه حل بی‌خوابی است.

کاملاً موافق ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ کاملاً مخالف
۱۶- من برنامه‌های خانوادگی و اجتماعی خودم را بعد از یک شب بدخوابیدن به هم می‌زنم.

کاملاً موافق ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰ کاملاً مخالف
لطفاً به سوالات زیر نیز پاسخ دهید .

۱- معمولاً چند ساعت در شب می‌خوابید؟

۲- معمولاً چقدر طول میکشد تا به خواب بروید؟ دقیقه

۳- مدت زمان بیداری بودنتان در طی شب چقدر است؟ دقیقه

۴- عادت معمول خوابتان چگونه است؟

خیلی آرام □ نسبتاً آرام □ در حد معمول □ نسبتاً ناآرام □ خیلی ناآرام □

۵- معمولاً چگونه به خواب می‌روید؟

خیلی به آسانی □ نسبتاً آسان □ در حد معمول □ نسبتاً مشکل □ خیلی مشکل □

۶- در طی ماه گذشته ، کیفیت خوابتان را درجه بندی کنید؟

خیلی خوب □ نسبتاً خوب □ خوب □ نسبتاً بد □ خیلی بد □

۷- آیا مشکل در شروع خواب دارید ؟ خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۸- آیا در طی شب مکرراً بیدار میشوید ؟ خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۹- آیا صبحها زودتر از تمایلتان از خواب بیدار میشوید ؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۱۰- آیا از الگوی اخیر خواب خود تا چه راضی/ناراضی هستید؟

خیلی ناراضی □ اندکی □ تا حدی □ زیاد □ خیلی راضی □

۱۱- فکر می‌کنید مشکل خواب شما در زمینه آسیب زدن به کیفیت زندگی شما تا چه حد برای دیگران قابل توجه است؟

اصلاً قابل توجه نیست □ ندرتاً □ تا حدی □ زیاد □ خیلی زیاد قابل توجه است □

۱۲- تا چه حد نسبت به مشکل اخیر خواب خود ناراحت/پریشان هستید؟

اصلاً □ اندکی □ تا حدی □ زیاد □ خیلی زیاد □